(فهرسة الجزء الاول من وسائل الابتهاج فى الطب الباطنى والعلاج)

صحيفة

صحيفة

صحيفة

صحيفة

(تمت)

بيان صواب الخطا الواقع فى هذا الكتاب

سطر	صحيفة	خطا	صواب
٥	٣٣	لاشكل	لاشكل لها
٢٠	٣٣	لنزلية	لنزلة
١	٥٢	للمنخوة	للمنخرة
٥	٧٨	الكورة	المكرة
١٠	٨٧	الامر حصل أعقبه	الامر أعقبه
١٤	٩٤	المترهفين	المترفهين
١٨	٩٤	بحرار	بحرارة
٢	٩٥	أعطاس	عطاس
٨	١٢٢	المريضى	المرضى
٢٤	١٢٤	بنباها	بنباها
١٩	١٢٧	تنفتح	تنتفخ
٢	١٤٤	العلوم	المعلوم
٢٤	١٤٤	خرخر	خرخرة
١٠	١٤٦	مركبات	المركبات
١٧	١٤٧	روكيدنسكى	زوكتنسكى
٢٥	١٥٨	ولد	واذا
٢٥	١٦٤	المبحث	البحث
٢	١٧٢	التنفسى	التقمصى
٩	٢٤٢	نفوسهم	نفوسهم
١٢	٢٦٨	توددى	تؤدى
٢٠	٢٧٧	بدون ان يكونوا	لم يكونوا
٢٠	٢٩٧	الطلب	الطب
١٣	٣٠٧	اذا كا	اذا كان
٢١	٣١٠	تعظيم	تنظم

سطر	صحيفة	خطا	صواب
٧	٣١٧	المغذى	المعدى
١٢	٣٤٦	المتكسمة	المتكبسة
١٧	٣٥٠	بكسرة	بكثرة
١٧	٣٦٠	فسادوبين	فسادفى
١٥	٣٨٤	المرضى	المرض
١٥	٤٠٣	العرض	العرضى
٢٤	٤٨٧	بازيزا	بازين
٨	٤٩٦	بطيأبطيأ	بطأبطأ
٢٥	٥٣٠	يستحق	تستحق
١	٥٣٤	لاالتهابات	الالتهابات

(تم)

الجزء الاول من وسائل الابتهاج في الطب الباطني
والعلاج تأليف الطبيب الحاذق الرئيس
الدكتور حضرة عزتلو سالم
سالم بك معلم علم الامراض
الباطنية بالمدرسة
الطبية المصرية
السنية





حمدا لمن منح الاذهان منحة الفكر فى تدبير حكمته وأوضح البرهان لاهل العرفان فبرؤا من داء الجهل وربقته عرفوا مقدار العلم ففقهوا كالامس جواهره وأعراضه واحتسوا من كؤوس شربه سائغة فنقهوا من أدواء البأس وأمراضه فسبحانه من لطيف شاف تنزه عن العلة فى أحكامه وأفعاله وحكيم كاف خبير بأحوال عبده فى صحته واعتلاله عالم بتشخيص خفايا البواطن والظواهر فى مخلوقاته مانح بتخصيص لطفه نوع الانسان فى جميع أطوار حياته فيا فوز من شرح الله صدره باخلاص النية فغدا وكان سالما فائزا بالخلاص من حالة الامراض الباطنية وصلاة وسلاما على من داوى صدر الاسلام بمكارم مراحمه وجبر ما انثلم فسلم من مكاره الادواء بدواء مكارمه فسرى منه نور هذا الدين المتين وجرى على يده شفاء صدور قوم مؤمنين طب القلوب ودوائها وعافية الابدان وشفائها وترضيا كاملا ورضوانا شاملا على آله وذريته وصحبه من سلكوا فى آداب شرعته منهاج طبه ثم نثنى بعد هذا الدعاء المقبول الذى هو بعوائد الصلات الربانية موصول بجميل الثناء الاكمل وجزيل الدعاء الاجمل لمن أكسب هذه الاوطان مجدها الاثيل وانكشفت به حلل فخرها الجليل فمن مبلغ عين شمس أن مصر

الآن صارت انسانها ومن يخبر منفيس انها في هذا العصر تنافس محاسنها ومحاسن حسانها كيف لا وقد أجرى في جثمان هذا الوطن العزيز روح العدالة الكسروية وأبدى من نتائج العمران ما تماس مقدمانه التصديقية أشكال الهمم القيصرية فبذلك صار يناديه لسان حال الشكر العام ويناجيه عنوان الفخر على هذا الاحسان والانعام

بمصرك أهل مصر خير آل * وركن فخارهم أضحى مكينا
لناهم نهج سيم بهاء وال * وصاحب مصر اسمعيل فينا

ثم من نظر إلى هذه الدوحة الكريمة وما تفرع منها من نواضر الاغصان وأنعم الفكر في انبعاث أشعة الذرية الدورية من شمس إشراق هذا الزمان يحكم بالانصاف ان حضرات أنجاله الفخام حذوا حذوه في جميل الخلال والاوصاف فجميعهم له حب المعارف ممكن أمكن وطب العوارف منهم واصل لاهل كل علم أوفن فالثناء في ذلك عليهم ومنع كل علم نفيس ظهر في هذه الاوطان فهو منهم واليهم فلسان حال حضراتهم يقول وفي ميدان الافتخار يجول

جبلت سرائرنا على * حب المعارف والعلوم
لاغرو أنا سادة * سارت بسيرتنا النجوم

أدام الله حضرة الخديو الاعظم وأنجاله الكرام عقد فخاره الانظم وأيده بتوفيقه الكامل الحسن الى ما يعود بالنفع التام على وطنه الذي هو أسمى وطن ولازالت شموس مفاخرهم مشرقة منيرة وغصون مآثرهم مورقة نضيرة وظل مراحمهم ممدودا ولواء عزهم معقودا حتى تتباهى بمآثرهم مصر بأبهى قناع وتشرق كواكب أمانيهم من أفق النجاح منتشرة الشعاع *(وبعد)* فيقول راجي إحسان الكريم سالم سالم الحكيم لايخفى ان شرف العلوم يتفاوت بشرف مدلولها وقدرها يعظم بعظم محصولها فما كان موضوعه أجل وأشرف ومعرفته من بين سائر المعارف أدل وأعرف ونفعه أعم وأعظم ودليله أخص وأحكم كانت مكانته أعلى وأرفع وغايته أنفى لضده وأنفع بنيانه مكين التوثيق وتبيانه قريب لتصديق وماذاك إلا علم الطب لكون موضوعه بدن الانسان الذي هو

أشرف المواليد الثلاث (أعنى الجماد والنبات والحيوان) ولهذا أجمعت الامم والملل والمذاهب والنحل واتفقت الكلام والشهادات من سائر أصناف المخلوقات بالقياسات الصحيحة السليمة والتجاريب المستمرة المستديمة على فضل صناعة الطب وجلالتها وعلو مرتبتها وفخامتها كيف لا وقد استعملها الانبياء والاوصياء واقتدى بهم الحنفاء والاتقياء وحسبك به شرفا وفضلا ونباهة ونبلا قول من ليس إلا بالحكمة يتكلم نبينا صلى الله عليه وسلم (العلم علمان علم الابدان وعلم الاديان) وناهيك بتقديمه فى الذكر إشارة لتقديمه فى الخيال والفكر وقوله عليه الصلاة والسلام وقد نطق بأعظم كلمة جامعة لنفع الانام (اثنان لا يصحان الصحيح المحتمى والمريض المخلط) ولذلك قال الحكماء التخليط فى زمن الصحة كالتداوى والحمية فى زمن المرض والاحاديث فى ذلك كثيرة (كحديث تداووا فان الله لم يضع داء إلا وضع له دواء غير داء واحد وهو الهرم) هذا ولما كان ولى النعم لم يترك لمصر منفعة عامة إلا أسداها ونعمة تامة الا أحسن بها الى أبنائها وأهداها أعاد لهذه الاوطان حليتها الاولية حتى صارت الآن كغيرها من الممالك المتمدنة بجمع المنافع العمومية ولم تأل عناية حضرته جهدا فى ترقية العلوم والفنون التى من أنفسها علم الطب الذى كان يرى أنه فى زوايا الخبايا مكنون لعلمه حفظه الله بأن صناعة الطب من أجل العلوم السياسية وأكمل القواعد الاساسية وانها أشرف العلوم الضرورية فى التمدن وحفظ نوع الانسان فى كل زمان ومكان فلا غرو انه حرسه الله بعين عنايته ووقاه بحفظه ورعايته موفق لتقدم هذا الوطن واصلاح مزاجه بأنواع من المكارم والمنن وماذلك الا بهمم اسماعيلية وحكم أبقراطية شغف وله الثناء الاجل بتحصيلها وأحاط وله العزم الاكمل بجملها وتفاصيلها هذا ولما وجهتنى الحكومة المصرية الى البلاد الالمانية فى سنة ١٢٦٥ وتعينت بقصد تحصيل العلوم الطبية العلمية والعملية من ضمن الرسالة الى مدينة مونيخ الشهيرة التى هى تحت مملكة باويرة فلم تثن عنان عزمى وحشة الاغتراب بل فتح الله لى فى سبيل اجتهادى من أبواب الخير خير باب وكانت عزيمة التشوق الى نيل المراد تتسابق مع التشوق الى العود للوطن بالاسعاد

وبقيت بين عزيمتين كلاهما * امضى وأنفذ من شبا سنان
عزم يشوقنى الى طلاب العلا * وهوى يشوقنى الى الاوطان .

وتحصلت فى ظل الساحة الخديوية على اتمام الدراسة العلمية والعملية واكتسبت على طبق فرغو بها مارسم لى تعلمه ووجب على تفهمه وتفهيمه حتى نلت درجة الدكتورية التى هى لمجاز الاجازة استعارة تصريحية تحقيقية وذلك بعد ان صار اختبارى فى جميع العلوم الطبيعية والطبية بتاريخ الثانى من شهر دسمبر سنة ١٨٥٣ ميلادية وقد تفضل الحبر الشهير والنطاسى النحرير جناب المعلم فيغر الذى تلقيت عنه فن الامراض الباطنية بأحسن تعليم والمناضل عنى بسنان اللسان فى هول ميدان هذا اليوم العظيم بمقالة حماسية تشجيعا لى حال وقوفى أمام جمهور معلمى دار العلوم الملوكية وغيرهم من الامراء والعامة الحاضرين بهذه الجمعية للمناقشة عما فى رسالتى المشتملة على ملحوظاتى فى داء الفيل وعملياته ومسائل شتى قائلا هذه المقالة المأثورة وهاك خلاصتها بعد تحريرها من اللغة النمساوية الى اللغة العربية المشهورة *(أيها السادة الحاضرون والامراء الناظرون)* لايخفى أن اليوم الذى تعطى فيه درجة الدكتورية لمن استحقها من الشبان لحسن تعلمه مع غاية الاجتهاد ونهاية الاتقان والمواظبة على علومه الطبية العلمية والعملية أعظم عيد سعيد يسر به الحاضر والبادى والدانى والبعيد بيد أن حصول هذا الامر الجليل فى هذا اليوم لايقاس بنظير ومثيل فان هذا الشاب الذى يريد أن يتوج بهذا التاج ويرتقى الى صهوة الفرح وذروة الابتهاج لاشك انه من أقطار بعيدة عنا باعتبارين متباينين حسا ومعنى مشرقى الاقليم وافد على هذه الديار بقصد التعلم والتعليم وهذا الامر أوجبنى الى التفكر فى التقلبات والتواريخ المتعلقة بالاحوال البشرية فان بلادنا السعيدة التى استحقت ان تسمى بأثينة الجديدة لما فيها الآن من مشيد الابنية والصنائع والعلوم اذا قابلتها بما تلك البقعة المجتهدة فى استرجاع ما كان لها قديما من الشرف المعلوم تجد بلادنا بينما كانت اعينها محجوبة بغشاء الجهالة التوحشية غاصة بسوائم الحيوانات الوحشية ليس بها الاقبائل همجية مجردون الامن الصور

الانسانية رحالة نزالة في جميع الجهات يتعيشون بلحوم هذه الحيوانات ويستترون بجلودها ولا يعرفون صنع حلل صنعاء ولا برودها كانت منفيس (اى منف الواقعة غربي البدرشين) التى كانت اذ ذاك تخت المملكة الفرعونية وقاعدة هاتيك البلاد المشرقية مستضيئة بمصباح نجاح العلوم والمعارف مستنيرة بأنوار الصنائع واللطائف كيف لا ومنها اقتبس قدماء اليونان وأخذوا عنها ما صاروا به معلمي الدنيا بأسرها فى تلك الازمان فقد نشروا ما اكتسبوه منها فى هاتيك البلاد ونثروه فى بلادهم اليونانية لنفع العباد حتى انه لم يغرب عن مصر شعاع هذا النور فيما تأخر عن ذلك العصر الاول من العصور فانه عند شروع شرلمان وخلفائه يعنى فى ابتداء دخول التمدن فى بلادنا واتخاذه فيها نقطة مركزه وخط استوائه وتعليم امراء دولتنا حروف الهجا كانت دولة العرب التى نبغ منها هذا الشاب سالكة فى أوضح سبيل التمدن منهجا وكان فيها ما يكفيها من شعراء وفلاسفة ومهندسين لاسيما مشاهير الاطباء النطاسيين الذين اقتفوا آثار أطباء اليونان وعلمائهم وترجموا كتبهم وشادوا أبحاثا متينة مؤسسة على اساس بنائهم حتى كانت معارف مصرهم تستنير بها الدنيا فى عصرهم ولم تزل مصر على ذلك الى أن آذن جيش العلوم بالهجرة عن مغانيها واخذ فى الرحيل عنها تدريجا بعد ان كان مخيما بواديها وما ذلك إلا لما ألم بمصر فى تلك الازمنة من سوء بختها حيث هاجرت منها تلك العلوم وتخذت بلاد أروبا دار سلطنتها ومقر تختها فأزهرت فيها رياض العلوم وامتلأت بزلالها حياض الاذهان والفهوم لاسيما فى تقدم الدرجة الاكتسابية المتعلقة بالعلوم الطبية التى استحقت أن يهاجر الى اكتساب لبابها من جميع الاقطار ويتفاخر باكتسابها أولو الباب على بعد الدار فانا نرى ان الدولة العلية والخديوية الجليلة المصرية والبلاد اليونانية يرسلون شبانهم للاقتباس لاسيما اقتباس الطب الالمانى المتقدم فى الدرجة وجودة الاساس وفى طيب منبعه وحسن غراسه وجلالة موقعه ومن جملتهم هذا الشاب النجيب والالمعى اللبيب الذى أرسلته الحكومة المصرية الى دار المعارف ببلدتنا فأكرمنا مثواه وبذلنا اليه من حسن التعليم ما هو فوق قدرتنا كى يفوز بما تمناه وفيه توسمناه ولا شك انه باجتهاده المصيب تحصل من التعليم

على اوفر حظ واوفى نصيب حيث انه من اكثر التلامذة تعلقا ورغبة مع ما فيه لمعلميه من زيادة الالفة والمحبة وهذه الصفة الجيدة وان وجدت عند اهل المغرب الا انها مختصة ببعض الافراد لكنها عندا اهل المشرق جبلة عامة غريزية فى طباعهم وتجارة رابحة لا يلحقها فى سوق الاخلاق عيب الكساد والامل فيه أن ينشر ما اكتسبه منا وما تلقاه عنا ويبث فى وطنه ما لديه من تلك المعارف بين يديه ليمتطى بذلك أوج المعالى وتظهر ثمرة ما اقتنصه نجم فكره الثاقب فى جنح الليالى كل ذلك مع اقرارنا بأن ما اقتبسه عندنا من انوار المعارف واحتوى عليه من اسرار اللطائف ليس الا ثمرة من شجرة العلوم الزكية التى كان وطنها القديم ومنبعها الاسبق ديار مصر البهية فكانها بضاعتهم اردت اليها وضياء المفاخر المكنونة المستترة فى أفعال الزمان عادت بالنفع العظيم عليها (انتهى)

فكانت هذه المقالة التى أبداها هذا الشهير عند تقليدى برتبة الدكتورية ومصالحتهم لى على رؤس الاشهاد سببا فى حرصى على ما اكتسبته وغرس النية فى نشر هذا الطب الالمانى فى وطنى العزيز مع غاية الاجتهاد فبعد ان صافحت يدا قلبى بالصحة والسلامة وبذلت الجهد فى اجراء صناعتى مع حسن الاستقامة اجتنيت يانع الاحسانات الخديوية وتحصلت بعد الخدامات العديدة بشمول الانظار الكريمة فى اقرب وقت على ان صرت معلما للامراض الباطنية فى المدرسة الطبية المصرية

ومما ينبغى ان تنوه به فى صدر هذا الكتاب ونجعله من خطبته بمنزلة فصل الخطاب هو الثناء على الامير الجليل الذى ثبتت قضايا افضاله بأوثق برهان واصدق دليل سعادة مصطفى رياض باشا ناظر عموم المدارس والاوقاف المصرية السالك سبيل العدل والتوفيق فى مستشارية الداخلية كما أننا نخص بالثناء خصوص مدارس وطننا عموما اذهى التى ارضعتنا ثدى تعليمها منطوقا ومفهوما لا سيما المدرسة الطبية فلها على مزيد اختصاص الثناء بمقتضى المحبة القلبية وكذلك لا ننسى الاذعان بالثناء على من سبقنا فى تعليم علم الامراض الباطنية وهم المرحوم شافعى بك ومسيو جرسنجر ولا سيما سعادة برجير بك حيث اقتبست من انوار فوائدهم العلمية والعملية

هذا ولما تشرفت من لدن ساحة المكارم الخديوية في سنة ١٢٨١ هجرية بالرتبة الثانية السنية ولثمت هاتيك الاعتاب تشكرا لاحسانات هذا الجناب اشار الى سعادته بأن جل مرغوبه وغاية مطلوبه أن يكون التعلم في مدرسته على نسق الكتب الجليلة المستجدة التي عليها مدار المعارف الآن مهيئة ومستعدة فما كان جوابي الا المبادرة في تحصيل هذا المرغوب بوضع كتاب جامع لقواعد هذا الفن على النسق المطلوب فما وجدت أشفى لهذا المرام وأنفع للخاص والعام الا ترجمة كتاب الشهير (نيير) حيث انه مؤسس على الاستكشافات الفسيولوجية والتشريحية المرضية المستجدة وانعقد الاجماع على أن ما في هذا الكتاب الى وقتنا هذا لا يكاد يوجد في كتب عدة حتى صارت ترجمته بأغلب لغات أوربا وعليه تعليم جهابذة معلمي مدارسها الالبا فلم آل جهدا في ترجمته محرصا على معانيه ودقة مبانيه مجتهدا في تقرير قواعده وتحرير معاقده وتفسير مقاصده وتكثير فوائده وبسط موجزه وحل ملغزه وتقييد مرسله وتفصيل مجمله مضيفا اليه في كل مبحث من الامور النافعة العديدة والملحوظات الشاردة المفيدة مما يجب على ابرازه ويلزمني احرازه وانجازه حتى صار مدار التعليم عليه في المدرسة الطبية كل سنة وتداولته الايدي بأسهل طريقة مقبولة مستحسنة بيد أني سلكت مسلك التؤدة في طبعه لكون مؤلفه لم يزل باذلا المجهود كل سنة في تنقيحه وحسن جمعه حتى انطبع ثماني مرات في قليل من السنوات وكل ما اضافه واستحسنه بسبب تقدم العلوم الطبية في هذه السنين كنت عرابة رايته الآخذ لها باليمين فما نبذت فريدة الا التقطتها ولا برزت خريدة الا اجتليتها كي أجاريه في ميدان الصحائف لآخر طبعه واستحصل على غاية المأمول في عموم نفعه هذا مع تنبيهي على فوائد علمية أو عملية أستظهرها واستدلالات اخصها بتنبيه في محالها واذكرها وسلكت في استعمال الالفاظ الطبية ما كان مدونا في كتب الطب القديمة العربية الواضحة المبنى الصريحة المعنى المتداولة ايضا في الكتب المستجدة المستعملة المستعدة وأهملت ما استهجن فاتباع المعروف أولى فلا أتشبث بألفاظ لا تكاد تفيد المعنى فضلا عن بعدها جنسا وفصلا فان كثيرا من الاطباء استعمل ألفاظا يونانية

أولا نيفية أو عربية مهجورة أو محدثة التركيب ماتت بموتهم قطعا فانها مع استهجانها لم تصادف محلا بل ولم تجد نفعا هذا وبحمد الله لا أنسب لي الا مانصصت عليه ولا أغتصب كلام غيري وأعزوه لنفسي فكل أولى بما لديه وآثرت تعريب هذا الكتاب لما انطوى عليه من أنواع المنافع دون تأليفي لكتاب خاص باسمي جامع مانع وثوقا بأن هذا أجدر نفعا وأكثر جمعا غير أني سأذيله بشرح التغيرات المرضية العامة وهذا منوط بالباثولوجية العامة لتكون أوصافه الجيدة تامة حيث ان الاصل خلي عن ذلك الشان ولتجرد اللغة العربية عن الدرجة التي عليها العلوم الآن فيكون ثم نسبة بين شرح التغيرات المرضية الموضعية أعني الباثولوجية الخاصة والتغيرات المرضية العامة أعني الباثولوجية العامة وبذا تتم الامنية فدونك كتابا تشد اليه الرحال وتنقاد الى فوائد أزمة الآمال تفتقت عن ازهار الطب اكمامه وارتفعت ما بين اترابه اعلامه فكأنما ينفث الطب عن أنفاس عيسوية ويبطل التمويهات وله اليد البيضاء بأيد موسوية فهو في باب معرفة الطب المورد العلم قائلا في نعيم ظلاله قائلا ولا جرم

ودع كل صوت غير صوتي فانني * أنا الصادح المحكي والآخر الصدى

فلا غرو ان تقدم غيره وان تأخر منشدا والشيء بالشيء يذكر

واني وان كنت الاخير زمانه * لآت بما لم تستطعه الاوائل

فكم ترك الاول للآخر من حسن المآثر وجميل المفاخر حتى ان بعضهم قال وعن الحق ما حال كيف لم يترك الاول للآخر شيأ والعلوم وترتيبها انما هو من نتائج العقول وتهذيبها وقد منح الله العقل للآخر كما منحه الاول وليس العلم وقفا على قوم ليغلق بعدهم باب الملكوت ويمنع المزيد عن العالمين بل واهب العلم الذي هو بالافق المبين ما هو على الغيب بضنين ولهذا قيل اذا تساوت الاذهان والهمم فتأخر كل صناعة خير من متقدمها ويقال ليس كلمة أضر بالعلم من قولهم ما ترك الاول للآخر شيأ اذ كانت تقطع عن العلم والتعلم وتقصر الآخر على ما قدمه الاول فكما ان الاوائل فازوا بالسبق الى استخراج الاصول وتمهيدها فالاواخر اشتغلوا بتفريع الاصول وتشييدها وكما ان الاوائل تفضلوا على من بعدهم بالتأسيس والتمهيد فكذلك الاواخر

قه واحق من قبلهم بالتخليص والتجريد ولا غرو ان ماذكر باستكشاف البصيرة جدير ولا ينبئك مثل خبير فهذا الامر وان انبهمت حقيقته مثلا بالنسبة لبعض العلوم التى بالنصوص الا انها جلية واضحة فى فن الطب على الخصوص فقد كان ابتداء عبارة عن مجموع تجارب مشاهدات من عقول مستنيرة فانتقل بالذكاء وحدة الذهن وكثرة التجارب وتعميمها وتطبيقها مع بعضها الى مذاهب شتى مشهورة كمذهب الاخلاط والجوامد والميخانيكى والحيويين وسرى التعليم على هذا النسق عدة من السنين الا ان الاستكشافات العلمية المستجدة أحدثت فيه من التنوعات عدة حتى زاد الفرع عن أصله وامتاز فى جنسه وفصله فمن ذلك علم التشريح الخاص الذى كان سابقا معلوما على وجه الاجمال وكل من التشريح المرضى وعلم الوظائف الذى اكتسى من أنواره علم الطب ثوب البهاء والكمال وكذا علم البحث الطبيعى بما فيه من استكشاف القرع والتسمع والابحاث الكيماوية زيادة عما حصل من التحقيقات العلمية والعملية الخاصة بالافراد الدوائية الطبية وأفعالها الفسيولوجية وتأثيراتها العلاجية فانظر كيف انتقل هذا الفن من حضيض التجربة والقياس والتخمين الى أوج المعارف التحقيقية المؤسسة على قواعد صحيحة وركن متين وكان متوظفا معى بوظيفة تصحيحه وتهذيبه وتقييد شارده وتأهيل غريبه حتى سمحت سوانحه سهلة الانقياد ومابرحت بوارحه إلا وفى اقبال قبولها تروح الفؤاد سلالة السادة الانصار ونخبة الافاضل الذى اكتسب هذا الكتاب من إمداد مداده وبراعة يراعته جمال كماله فهو كامل من كامل العلامة الاوحد النبيل حضرة الشيخ محمد الطهطاوى ابن اسمعيل فما أعجمت علينا مسئلة أعجمية إلا واغرنا عليها بسوابق الاذهان وكانى اسرازها فرسى رهان وشريكى عنان نقتنص بأحبولة الفهوم ما نديه لازمة السهد ومسامرة النجوم ومامرت كلمة الا كانها كندمانى جذيمة ولا غرو فمن هام فى عشق بنات الافكار أمهرها بنفائس أنفاسه واجتلاها اجتلاء الابكار ومذ تم عقد هذا الكتاب النظيم ونادا طبيب الارواح ها قد سات وشفى الله صدر من تلقاه بقلب سليم (سميته) وسائل الابتهاج فى الطب الباطنى

والعلاج

والعلاج واقه أسأل وبنبيه أتوسل أن يجعله لأبناء الوطن نافعا ولقدر مطالعه رافعا هذا وانى أبرأ اللهم اليك من الحول والقوة فلا حول ولاقوة الابك والخير بين يديك انك سميع قريب وللدعاء مجيب

(فى أمراض أعضاء التنفس)

(الفصل الاول فى أمراض الحنجرة)

(المبحث الاول)

فى الاحتقان والالتهاب النزلى للغشاء المخاطى الحنجرى ويعرف بالنزلة الحنجرية

(كيفية الظهور والاسباب)

متى امتلأت الاوعية الشعرية للاغشية المخاطية بالدم ينشأ عن ذلك التهابات نزلية فيها أعنى حصول افراز مرضى وانتفاخ ورخاوة فى جوهرها وتكون أخلية حديثة جديدة متفاوتة الكمية بل الاحتقان الميخانيكى للاغشية المخاطية ينتج عنه التهاب نزلى فيها ألا ترى ان الالتهاب النزلى فى الغشاء المخاطى المعدى والمعوى يحصل مثلا من الضغط الواقع على الوريد الباب وان الالتهاب النزلى فى الغشاء المخاطى الشعبى ينتج عن عوق انصباب دم الاوردة الشعبية والرئوية فى القلب المصاب فعلى هذا يسوغ لنا ان نشرح احتقان الغشاء المخاطى الحنجرى والشعبى والتهابهما النزلى فى فصل واحد مالم نطلق لفظ الالتهاب النزلى كالعوام على التهاب الاغشية المخاطية التى تحصل من تأثير البرد ويستعمل لازالة معالجتها شرب المنقوعات العطرية الحارة كالبيلسان والتدثر بالقصة الصوف *(تنبيه)* اعلم انه لا يعنى بالنزلة هنا ما كان يعبر عنه عند القدماء بنزول مادة من الدماغ الى الانف ويسمى زكاما أو الى الحلق والحنجرة والشعب وغيرها من الاعضاء المجوفة المغشاة بغشاء مخاطى ويسمى نزلة حارة تارة وتارة باردة بحسب خواص السائل منها كما ذكره الشيخ فى قانونه بل المراد بالنزلة هنا مجموع التغيرات الغذائية الحاصلة فى الغشاء المخاطى من احتقانه وانتفاخه وسقوط طبقته البشرية وزيادة افرازه ونحو ذلك من التغيرات التشريحية التى يعبر عن مجموعها بالالتهاب النزلى وبالنزلة أيضا

ثم ان الاستعداد للاصابة باحتقان الاغشية المخاطية ونزلاتها يختلف اختلافا عظيما باختلاف الاشخاص بحيث تشاهد جملة أشخاص معرضة لاسباب واحدة تصاب باحتقانات والتهابات نزلية فى أغشية مخاطية مختلفة الا انه يظهر ان ذوى البشرة الرقيقة الذين يعرقون بسهولة أكثر استعدادا للاصابة بالالتهابات النزلية من غيرهم فان الاشخاص الذين يوجد عندهم استعداد لكثرة العرق يحصل لهم بسهولة تبريد فجائى فى الجلد عقب تصاعد العرق وذوى الاغذية الرديئة والاشخاص المنهوكين القليلى المقاومة بالنسبة للمؤثرات الظاهرة أكثر استعدادا من غيرهم وكثيرا مالا يعرف توجيه زيادة هذا الاستعداد والظاهر أن الرفاهية تزيده ألا ترى ان الزراعين والرعاة ونحوهم ممن كل معرض على الدوام للتقلبات الجوية أندر اصابة بالالتهاب النزلى من المتعين دائما بالمعيشة المترفهة الجلوسية مع ندرة تعرضهم للاسباب السابق ذكرها والى الآن لم يتضح لنا علة كون أشخاص معرضين لاسباب واحدة بعضهم يصاب بالتهاب نزلى فى الحنجرة مثلا وبعضهم بالزكام أو النزلة الشعبية وبعضهم باسهال نزلى وانما يظهر ان اصابات الحنجرة وأمراضها العضوية تزيد فى استعداد غشائها المخاطى للاصابة بالالتهاب النزلى فانه يصير بذلك قليل المقاومة وان تكرر الالتهاب فيه كغيره من الاغشية المخاطية يزيد أيضا فى هذا الاستعداد (ويزيد أيضا فى الاستعداد للاصابة بالالتهاب النزلى للغشاء المخاطى الحنجرى وجود ديسكرازيات مزمنة كداء الخنازير والتسمم الزئبقى بدون أن يكون هذا الالتهاب النزلى عرضا تابعا للداء الزهرى)

وأما الاسباب المتممة لهذا المرض فمنها المؤثرات الموضعية التى تؤثر فى الغشاء المخاطى الحنجرى بكيفية مهيجة فتحدث فيه التهابا نزليا كاستنشاق الهواء الزائد البرودة والاتربة والابخرة الحريفة والسعال الشديد والصياح بصوت عال والغناء ونحو ذلك وعلة ذلك فى الاحوال الاخيرة ان الهواء ينطرد بقوة عظيمة من المزمار المنقبض فيحصل احتكاك عظيم فى حوافيه السائبة فينتج عنه الالتهاب النزلى كما ينتج عن المؤثرات اللاواسطية وقد يحصل هذا الالتهاب فى الغشاء المخاطى الحنجرى من دخول السوائل المهيجة فى الحنجرة أو الماء الساخن بدرجة شديدة

ومنها تأثير البرد على سطح الجلد سيما اذا أثر في الاقدام أو العنق ألا ترى ان نزلة اربطة العنق أو قلع الجرابات الصوف من الاقدام كثيرا ما تعقبه بسرعة النزلة الحنجرية والارتباط السببي في هذه الحالة الاخيرة وان لم يشك فيه الا أنه يتعسر توجيهه توجيها فسيولوجيا كافيا

ومنها امتداد لالتهاب النزلي الى الغشاء المخاطي الحنجري من الاعضاء المجاورة له اذ كثيرا ما يشاهد ذلك عند حصول نزلات أنفية اوشعبية بدون أن تؤثر اسبابا مضرة جديدة ولا يندر امتداد الالتهاب النزلي من الغشاء المخاطي البلعومي الى الغشاء المخاطي الحنجري وعلى الخصوص الشكل النزلي الملعوم الذي ينتج عن الافراط في تعاطي المشروبات الروحية وتهييجها لهذا العضو تهييجا لا واسطيا فان هذا الشكل يمتد بكثرة وسهولة عظيمة الى الحنجرة فاننا كثيرا ما نرى ان اعراض النزلة الحنجرية الحادة وبحة الصوت تعقب الافراط في المشروبات الروحية ولو لم يقع منهم صريخ وغناء بصوت عال والمعتادون على الافراط في المشروبات الروحية يكادون أن يكونوا مصابين على الدوام بالتهاب نزلي مزمن في الغشاء المخاطي البلعومي ويشترك في ذلك ايضا الغشاء المخاطي الحنجري قليلا او كثيرا

ومنها أنه لا يندر أن يكون الالتهاب النزلي للغشاء المخاطي البلعومي عرضا لمرض بنيي عمومي ناتج عن التسمم بأصل معد أو ميازماتي حادا كان او مزمنا وذلك كالحصبة والجدري والتيفوس والداء الزهري وليس عندنا معرفة تامة بالارتباط الفسيولوجي بين التغيرات الغذائية التي نشاهدها في الجلد والاغشية المخاطية وتغيرات الدم الناتج عن هاتيك الامراض

ومنها أن تكون النزلة الحنجرية ظاهرة تابعية لالتهابات نزلية ممتدة في المسالك الهوائية كما في المرض المعروف بالجرب (اي الالتهاب الشعبي الوبائي) فان هذا المرض الوبائي بالنسبة لظهوره وامتداده والاعراض العامة المصاحبة له يشابه الامراض الطفحية الحادة فان الالتهاب النزلي في هذا المرض يعتبر عرضا لمرض بنيي عمومي ناتج عن تسمم منتشر

ومنها أنه قد تصاحب أخيرا النزلات الحنجرية تقرحات الحنجرة خصوصا والتولدات المرضية الجديدة وهذه الالتهابات النزلية العرضية التي يحصل

فيها ثورانات تارة وتارة انحطاط كالاحتقانات المحيطة بالتقرحات والاورام السرطانية الجلدية مهمة لاجل توضيح التغيرات التى تحصل فى اعراض التقرحات الخبرية والتولدات المرضية لهذا العضو

(الصفات التشريحية)

لايشاهد فى أحوال الالتهاب النزلى الحاد للغشاء المخاطى الحنجرى دائما درجة عظيمة من الاحمرار والاحتقان الوعائى كما يظن من شدة الظواهر المرضية مدة الحياة وتظهر بالبحث بالمنظار الحنجرى وماذاك الالاحتواء الغشاء المخاطى الحنجرى على الياف كثيرة المرونة فتتمدد مدة الحياة بسبب توارد الدم العظيم ثم تنقبض بعد الموت فيندفع الدم من الاوعية الشعرية وفى احوال الالتهاب النزلى الشديدة لايندر حصول بورات دموية صغيرة اى ايكيموز فى منسوج الغشاء المخاطى وحينئذ يبقى هذا الغشاء ولو بعد الموت متلونا بالحمرة مبقعا وتفقد من سطحه الظاهر الخليات البشرية الاسطوانية الشكل ذات الاهداب المهتزة ويوجد هذا الغشاء ايضا مغطى بافراز مخاطى متعكر يشاهد فيه بالمكرسكوب خليات متعددة شفافة ذات نواة واحدة تسمى بالخليات البشرية الجديدة او بالجسيمات المخاطية ومنسوج الغشاء نفسه يكون منتفخا رخوا هشا ويندر أن يكون المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى محلا لارتشاح مصلى غزير وهذه الحالة الاخيرة يعبر عنها باوزيما المزمار وسنشرحها فى مبحث على حدتها

وفى احوال الالتهاب الحنجرى النزلى المزمن يوجد الغشاء المخاطى داكنا اوازرق محمرا ومخضرا أو مسمرا (وهذا ناتج عن تراكمات مواد ملونة سوداء ناشئة عن انسكابات دموية قديمة فيه) واوعيته متمددة تمددا دواليا وممتلئة بالدم لان الغشاء المخاطى المنتفخ يفقد مرونته ويصير منسوجه ثخينا يابسا ذا ضخامة وسطح هذا الغشاء يكون غير منتظم وموشحا بحبيبات رقيقة ناتجة عن انتفاخ الاجربة المخاطية المتعددة وامتلائها ومغطى تارة بافراز مخاطى زجاجى قليل الكمية وتارة بافراز مصفر غزير وهذه الاخلية البشرية الجديدة الناشئ عن كثرتها تعكر الافراز المخاطى الصديدى تكون غير شفافة حبيبية ولايندر أن تكون نواتها منقسمة وتشابه بالكلية الاخلية الجديدة التى تشاهد

فى الغراجات وحينئذ فلا تسمى بالاخلية المخاطية بل بالكرات الصديدية ولولم يتميزا عن بعضهما تميزا واضحا فى جميع الاحوال

وبالبحث بالمنظار الحنجرى الذى يمكن به مشاهدة التغيرات التشريحية مدة الحياة أجود منها بعد الموت وجد أن الالتهاب النزلى فى الغشاء المخاطى الحنجرى لا يكون ممتدا دائما على جميع سطحه بل الغالب أن يكون قاصرا على بعض أجزائه فقد يقتصر مثلا على جزء الغشاء المخاطى الحنجرى المغطى للسان المزمار أو الثنيات الترجهالية الدرقية أو الغضاريف الدرقية أو الاحبال الصوتية الحقيقية أو الكاذبة ومن المهم معرفته الانتفاخ النزلى بجزء الغشاء المخاطى الحنجرى الكائن بين الغضاريف الترجهالية وأسفل هذا الجزء الذى تكررت مشاهدته عند كثير من ضباط العسكرية المنوطين بتعليم العساكر ويكون سببا لبحة أصواتهم كما ذكره المعلم ليوبن

وزيادة على القروح الحنجرية النزلية والتولدات البوليبوسية التى سنشرحها فى مبحث على حدتها يؤدى الالتهاب الحنجرى النزلى المزمن سيما شكله الذى يصاحب التقرحات الزهرية والدرنية الى ثخن وتيبس المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى واستحالته هذه الى مادة دهنية ليفية ينتج عنها ضيق عظيم فى الحنجرة وفقد حركة الاحبال الصوتية وتيبسها يشاهد كذلك فى احوال الالتهابات النزلية المزمنة لاعضاء أخرى خصوصا التهاب المعدة النزلى المزمن وهذه الاستحالة عبارة عن مجرد ضخامة فى المنسوج الخلوى وهى غير الاستحالة المرضية المعروفة بالشحمية أو النشائية فى غير الحنجرة من باقى الاعضاء

(الاعراض والسير)

يندر أن يبتدئ الالتهاب الحنجرى النزلى بقشعريرة عامة بل فى الاحوال التى لا يمتد فيها هذا الالتهاب الى الشعب تنعدم الحركة الحمية المعروفة بالحمى النزلية مدة سير المرض فتشاهد الحالة العامة للمريض غير مضطربة ولا يوجد عنده من الاعراض سوى الاعراض الناتجة عن الاضطراب الوظيفى لهذا العضو

فتشتكى المرضى ابتداء باحساس بدغدغة فى العنق أو ألم أو باحساس بجرح

فيه خصوصا في الاشكال الشديدة من هذا المرض ويزداد هذا الاحساس عند التكلم والسعال فان حساسية الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية لاتنطفئ الا في الدرجة الثانية من التفاريع الشعبية وعندما يكون الغشاء المغطي للسان المزمار أو الغضاريف الترجهالية والاربطة الدرقية اللسانية المزمارية مجلسا لالتهاب نزلي شديد يكون الازدراد مؤلما ايضا

وينضم لذلك العرض الواصف لامراض الحنجرة وهو تغير الصوت بحيث يصير عميقا غير نقي أبح وقد ينطفئ بالكلية ويصير فاقد الرنانة (وماذاك الامن الانتفاخ الذي يحصل في الحبال اى الاوتار الصوتية وتغطيها بالمواد المخاطية بحيث أنه بتقدم هذا التغير تنعدم رنانة الصوت بالكلية وتنطفئ) ومن المعلوم أن تكون الصوت يحصل في الحنجرة فقط كما يحصل في مزمار لساني ذي ألسنة اى صمامات غشائية فالاوتار الصوتية السفلى تتقارب من بعضها بالكلية عند التكلم بحيث تبرز في الحنجرة على هيئة أغشية أو اوتار متموجة ومتى تموجت بالهواء المندفع من الصدر بقوة مدة الزفير نشأ عن ذلك صوت يتعلق ارتفاعه وانخفاضه عند الشخص الواحد أعنى عندما يكون طولها واحدا بدرجة التوتر التي تكون عليها الاحبلة الصوتية وقد ذكرنا فيما تقدم ان الغشاء المخاطي الحنجري عند اصابته بالالتهاب النزلي ينتفخ ويصير رخوا وانه يتغطى بافراز مخاطي متفاوت الغزارة فمتى حصل هذا الانتفاخ في الاوتار الصوتية صار توترها الناشئ عن انقباض عضلات الحنجرة غير كاف في احداث عدد التموجات الضرورية الناتج عنها ارتفاع الصوت الذي يمكن احداثه عندما تكون الاوتار الصوتية غير منتفخة فيصير الصوت عميقا وعند وجود انتفاخ غير منتظم في هذه الاوتار وتغطيها بالمواد المخاطية يصير الصوت غير نقي أبح كما ان وتر الآلات الموسيقية الوترية تصير رنانيته غير نقية اذا دهن بمواد غروية وبالجملة فقد يصير كل من ثخن الاوتار الصوتية وارتخائها عظيما جدا بحيث ان اقوى درجة توترها بالعضلات الحنجرية لايكفي في احداث تموجات رنانة فينطفئ الصوت بالكلية وهذا الانطفاء قد يتعلق ايضا بانتفاخ الاوتار الصوتية الكاذبة انتفاخا عظيما بحيث انها عند

ملامستها للاوتار الصوتية الحقيقية ومزاحمتها لها تمنعها من التموج وبحة الصوت عند المرضى قد يعقبها احيانا دفعة واحدة نغمة رنانة ثم يتغير الصوت فجأة برهة من الزمن وما ذاك الا من كون الاوتار الصوتية المنتفخة المغطاة بالمواد المخاطية تلامس بعضها فجأة ملامسة برهية بحيث ينتج عن ذلك نوع عقدة وترية تتموج بانفرادها فيزداد عدد التموجات فيرتفع الصوت دفعة واحدة

ويضاف لكل من الاحساس بالدغدغة والحرقان وبحة الصوت السعال ومن المعلوم ان المهيجات الشديدة التى تؤثر فى الغشاء المخاطى الحنجرى كدخول أجسام غريبة تحدث نوب سعال شديدة تعتبر ظواهر انعكاسية ومثلها يحصل متى كان الغشاء المخاطى الحنجرى محلا للتهييج نزلى وقد يحصل فى مدة نوب هذا السعال تشنج تيتنوسى عظيم جدا فى عضلات المزمار بحيث ان الهواء مدة الشهيق الذى تبتدئ به نوبة السعال لا يدخل فى المزمار المتضايق الا بعسر عظيم مصحوب بلغط صفيرى وأما دفعات الزفير التى تعقب الشهيق المستطيل الرنان فانها لا تقهر المزمار المتضايق وتفتحه الا وقتيا بحيث ينتج عن ذلك نوب سعال قصيرة متقطعة رنانة تدل على الالتهابات الحنجرية النزلية ثم ان حركات الزفير القوية عند تضايق المزمار ينتج عنها انضغاط ما احتوى عليه الصدر وعوق استفراغ دم الاوردة المنصبة فيه ولذا يصير وجه المريض أحمر مزرقا وتحتقن الاوردة الودجية متى حصل للمريض نوب سعال ومتى استمر هذا المرض زمنا طويلا يصير لغط السعال منخفضا بسبب ثخن الاوتار الصوتية وابحا خشنا بسبب عدم انتظام سطحها

والنفث فى هذا المرض يكون قليلا خصوصا متى كان الالتهاب النزلى قاصرا على الغشاء المخاطى الحنجرى بل قد يفقد بالكلية فى ابتداء هذا المرض أو يكون صافيا زجاجيا محتويا على خليات بشرية هدبية وعند تقدم هذا المرض خصوصا متى اتجه نحو الشفاء يصير النفث ثخينا مصفرا محتويا على خليات شبيهة بالكرات الصديدية فيكون حينئذ مخاطيا صديديا وشكل هذا النفث هو المعبر عنه عند الاقدمين بالنفث النضيج

ولكونه يندر انتفاخ المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى وارتشاحه كان

من النادر جدا حصول ضيق فى التنفس عند المتقدمين فى السن فى أحوال الالتهاب النزلى الحنجرى بسبب اتساع المزمار عندهم بل يندر حصول هذا العارض أيضا عند الاطفال حصولا مستمرا فى أحوال الالتهاب الحنجرى النزلى البسيط ولو كان المزمار عندهم ضيقا ومكون النوع شق ضيق

وقد يشاهد حصول نوب اختناق فجائية مدة النوم عند الاطفال الذين اعتراهم سعال وبحة فى الصوت مدة النهار فيصير الشهيق عسرا مستطيلا ويصير الطفل فى حالة ضجر عظيم فى فراشه ويستيقظ فزعا موجها يديه جهة العنق ويحصل عنده سعال ابح رنان وهذه الاحوال وان اختلطت كثيرا بالسعال الديكى الحقيقى وسميت بالسعال الديكى الكاذب تزول عما قليل من الزمن بالكلية ومثل هذه الاحوال هى السبب فى القول بأن اللبن الفاتر والاسفنج المغموس فى الماء الساخن الموضوع على العنق والمبادرة باستعمال المقيآت وسايط قوية فى قطع سير السعال الديكى الحقيقى وقد وجهت هذه الاحوال بتوجيهات مختلفة فقال بعض الاطباء ان هذا العارض ينتج عن تهييج الغشاء المخاطى الحنجرى تهيجا زائدا وانتفاخه انتفاخا وقتيا بحيث يضيق المزمار ولا يمكن مقاومة هذا الضيق بواسطة الفعل العضلى لعضلات الحنجرة كما يشاهد ذلك فى بعض أحوال الزكام الذى فيه ينسد أحد الخياشيم احيانا انسدادا فجائيا تاما وقال بعضهم ان تهيج الغشاء المخاطى الحنجرى يصطحب فى مثل هذه الاحوال بانسداد تشنجى فى المزمار كما يحصل ذلك حصولا ذاتيا فى الالتهاب الحنجرى التشنجى لكن هنالك توجيه آخر أقرب للحقيقة من التوجيهين المذكورين وهو ان هذه النوب تحصل مدة النوم وتزول متى استيقظ الطفل وحصل صريخ وسعال وقيان ثم تعود ثانيا متى استغرق فى النوم ويكون حصولها حينئذ ناتجا عن تراكم مواد مخاطية لزجة فى المزمار أو عن تيبس هذه المواد وسدها الفوهة المزمار ومدة النوم وعلى كلا الحالين فهذا التوجيه يوضح لنا منفعة الوسايط العلاجية المذكورة الممدوحة فى هذه الاحوال ولا يندر تكرر هذه النوب جملة ليال متعاقبة مع كون الاطفال مدة النهار فى صحة ظاهرية جيدة وليس عندهم الا قليل بحة فى الصوت

واما سير الالتهاب النزلى ومدته وانتهاؤه فالعادة فى ذلك ان يزول تألم الحنجرة واحساسها عما قليل من الايام عقب ظهور النفث المخاطى ويتناقص كل من بحة الصوت والسعال وينتهى هذا المرض بالشفاء فى نحو ثمانية أيام وقد يمتد جملة أسابيع فيكون المريض مدة النهار ابح الصوت ليس عنده عرض آخر غير هذا وفى الصباح والمساء يكون المريض معذبا من نوب السعال الشديدة الممتدة ويبقى النفث لزجا ويمتد ذلك زمنا طويلا الى أن يزول هذا المرض بالكلية وحصول ذلك يكون فى الغالب مصاحبا التغير فى حالة الجو وفى أحوال أخرى سيما اذا كثرت نكسات هذا المرض يبقى المريض مصابا بالتهاب حنجرى نزلى مزمن ولا يشاهد انتهاء هذا المرض بالموت بدون حصول مضاعفات أخرى الا نادرا وفى الالتهاب الحنجرى النزلى المزمن لا يكاد يشاهد كل من احساس المريض بآلام فى الحنجرة ولا بالدغدغة ولا باحساس بالحرق والجرح فيها الا أن تغير الصوت وغلظه وبحة الكلام تكون عظيمة فى هذا المرض بسبب ضخامة الغشاء المخاطى واستمرار ثخن الاوتار الصوتية ولذا تكون بحة الصوت المزمنة التى تبقى بعد تردد الالتهابات الحنجرية الحادة جملة مرار هى العلامة الرئيسة بل الوحيدة فى الالتهاب الحنجرى المزمن وقد يحصل فى مثل هذه الاحوال ثورانات زمنا فزمنا بحيث يزداد ثخن الغشاء المخاطى الحنجرى والاوتار الصوتية ويصير صوت الكلام أبح بالكلية بل فاقد الرنانة فقدا تاما وينضم لذلك فى بعض الاحوال نوب سعال دورية تشنجية كما ذكرنا ذلك فى اعراض الالتهاب الحنجرى النزلى الحاد ويظهر أيضا ان هذه النوبة قد تكون ناتجة عن تجمع الافراز المخاطى فى الجيوب المرجانية وتزول عقب قذف هذا النفث المخاطى الكروى الواصف لهذا المرض ولهذا السبب قد يصير السعال خشنا وأما وجود صوت صفيرى وقت الشهيق والزفير وانضمامه لباقى اعراض النزلة الحنجرية المزمنة السابق ذكرها فيدل على وجود مضاعفة أخرى حيث ان هذا العرض لا يمكن توجيهه كما ذكر بانتفاخ الغشاء المخاطى الحنجرى وذلك كانتفاخ النسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى مع تيبس فيه أو وجود ورم ساد لتجويف الحنجرة أو التهاب حنجرى زهرى ويستدل على تمييز هذه الاحوال الثلاثة بواسطة المنظار

الحنجرى وأما متى انضم لاعراض النزلة الحنجرية المزمنة المذكورة النحافة والعرق الليلى فذلك يدل غالبا على مضاعفات أخرى سيما على مضاعفة هذه الآفة بالدرن الرئوى ولذا يجب على الطبيب الالتفات لحالة الرئتين على الدوام فى مثل هذه الاحوال

وسير الالتهاب الحنجرى النزلى المزمن بطئ جدا ولا يمكن شفاء المريض منه شفاء تاما الا بواسطة المعالجة اللائقة جدا ومع ذلك يبقى عرضة للانتكاس بهذا المرض

(التشخيص)

يسهل تمييز الالتهاب الحنجرى النزلى عن الزكام والذبحة الحلقية فانه ينتج عنهما تغير فى رنانة الصوت بسبب الضيق الحاصل فى تجويف الخياشيم والحلق فيصير التكلم انفيا أو حلقيا والمتغير فى الالتهاب النزلى الحنجرى انما هو الصوت نفسه بحيث يصير منخفضا غير رنان أبح وأما المرض الذى يختلط بالالتهاب الحنجرى النزلى بكثرة فهو الالتهاب الحنجرى ذو الغشاء الكاذب المعروف بالسعال الديكى الحقيقى فان أمهات الاطفال يعتبرن كلا من بحة الصوت والسعال الرنان علامة مخيفة دالة على هذا المرض ولو كانت الاطفال متمتعة بصحة جيدة فان انضم لذلك نوب اختناق مدة الليل ربما يزعم الطبيب فى كثير من الاحوال بوجود الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب وبذلك يفسر دعوى من قال بشفاء بعض الاطفال من السعال الديكى الحقيقى جملة مرات وهذا خطأ فان الالتهاب الحنجرى ذا الغشاء الكاذب ليس مرضا كثير الحصول جدا وليس قابلا للشفاء بكثرة بحيث لا يسوغ الاعتماد على هذا الزعم فانه يكاد على الدوام ان يكون ذلك ناتجا عن خطا فى التشخيص وسيأتى بيان التشخيص التمييزى بين هذين الشكلين من التهاب الغشاء المخاطى الحنجرى عند الكلام على السعال الديكى وانما ننبه هنا على أمر واحد يعتمده العوام أكثر من الاطباء وهو ان وجود نزلة انفية اى زكام يدل على التهاب حنجرى نزلى كما ان التهاب الحلق ذا الغشاء الكاذب يدل على الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب أيضا فحينئذ يحق للامهات الفرح عند وجود سيلان زكامى كما ان العادة جرت بتبشير المريض عند العطاس وذلك لانه ينذر صاحبته

للامراض الثقيلة كما سيأتى الكلام على التشخيص التمييزى بين الالتهاب الحنجرى المزمن والقروح الحنجرية والتولدات المرضية الجديدة لهذا العضو

(الحكم على العاقبة)

الحكم على كل من عاقبة الالتهاب الحنجرى النزلى الحاد والمزمن وعلى تغيراتهما يتضح لنا من شرح سيرهذا المرض وهذا المرض فى حد ذاته لا يكاد ينتهى بالموت السريع وانتهاء الالتهاب الحنجرى النزلى الحاد جيد وان كان كثير النكسات واما انتهاء الالتهاب الحنجرى النزلى المزمن فليس جيدا بالكلية والتيبس المزمن للمنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى غير قابل للشفاء فانه لا يزول

(المعالجة)

أما المعالجة الواقية فهى التعود التدريجى على المؤثرات التى تحدث الالتهاب الحنجرى النزلى وهذا أفضل من الترفه المفرط اذ بذلك يكفى أقل سبب فى حدوث هذا المرض ولذا لا ينبغى حجز الاطفال ولو كانوا مصابين بالالتهاب الحنجرى النزلى فى أود البيوت بل يرسلون الى الخلاء ويدثرون بالملابس الدفيئة عند البرد الشديد مع عدم الافراط فى تدثير العنق وتغطيته باربطة سميكة من الصوف بل يكفى رباط خفيف من الصوف أو الحرير وعند الاستعداد للاصابة بهذا المرض يوصى بغسل العنق بالماء البارد واستعمال الحمامات الباردة النهرية والبحرية مع غاية الاحتراس فانها أعظم الوسايط فى هذا المرض انما ينبغى ترتيب كيفية استعمالها ومدة الاقامة فيها ودرجة حرارتها بغاية الدقة وبذلك تتبع المرضى أوامر الطبيب بالدقة

وأما المعالجة السببية فان كان الالتهاب الحنجرى النزلى ناتجا عن مهيجات لا واسطية أثرت فى الحنجرة ينبغى ابعاد المريض عن استمرار تأثيرها وصيانته عنها ولاجل تبعيد المؤثرات المهيجة عن الغشاء المخاطى الحنجرى الملتهب يوصى بوضع المريض فى محال معتدلة الحرارة وبتجنبه للتكلم بصوت عال وكذا ينبغى ان يؤمر المريض بمقاومة التهيج المرضى والسعال فان القول بان المريض مجبور على السعال دائما خطأ بل على الطبيب ان يأمر بمقاومته نوبه ما امكن ولاجل مقاومة نوب السعال الشديدة التى كأنها تكون نتيجة

الالتهاب النزلى الحنجرى كثيراما تكون سببا لاستمراره لايترددائما استعمال الاشربة السكرية الفاترة والمستحلبات الصمغية وكبريتورالانتيمون ونحوه مما يعطى لتلطيف ذلك عادة ولذا ينبغى اذالم تثمرالوسايط السابق ذكرها اعطاء المسكنات لكن يلزم الاحتراس الكلى فى استعمال هذه الوسايط عند الاطفال وأما الكبار فينبغى اعطاؤهم المقدارالكافى بان يعطى فى المساء للشخص المصاب بالالتهاب الحنجرى النزلى المعذب من شدة السعال قدرعشر قمحات من مسحوق (دوفير) اعنى خمسة ديسى غرام او يعطى له مقدار صغير من المرفين زمنا فزمنا بان يؤخذ منه قدر قمحة ويمزج فى قدر درهم من أعنى خمسة سنتى غرام فى ستة غرامات من ماء الغار الكرزى ويعطى من ذلك كل ساعة عشر نقط وهذا أجود من استعمال الاقراص والمعاجين السكرية وكبريتور الانتيمون وملح النوشادر ونحو ذلك

ويحتاج كذلك فى المعالجة السببية لاستعمال المعرقات ان كان الالتهاب الحنجرى النزلى ناشئا عن تأثير البرد فى الجلد أو الاقدام او العنق وأجودها وأبسطها استعمال المنقوعات العطرية الفاترة وحرارة الفراش والابزن القدمية وتدثير العنق برباط من الصوف أووضع ضمادات خردلية أوفاترة عليه لكن لاينبغى ترك هذه الاخيرة على العنق حتى تبرد ومن هذا القبيل فى المنفعة اف الجسم او العنق بملاآت مبتلة بالماء البارد بعد عصرها جيدا وتركها حتى تسخن واستعمال الحمامات القدمية الباردة البرهية فانها تؤثر كتأثير الوسايط السابق ذكرها بتهييجها الجلد وحصول ردالفعل فيه وهذه الطريقة الاخيرة ممدوحة جدا من أطباء الايدروباتيين (اى مذهب الاطباء الذين يعالجون جميع الامراض بالماء البارد) ولامانع من استعمال هذه الطريقة عند من كان معترنا على اجراء فعلها وله ميل عظيم فى استعمالها

وان كان الالتهاب الحنجرى النزلى ناتجا عن امتداد الذبحة الحلقية ينبغى استعمال الغراغر القابضة أومس الحلق بمحلول من نترات الفضة او الشب

وأما معالجة المرض نفسه فلا تستدعى غالبا استعمال الاستفراغات الدموية العامة والموضعية خصوصا اذالم يكن مضاعفا بورم المزمار وان أوصى

بذلك

بذلك كثيرا فى كتب هذا الفن بل يكفى فى أغلب الاحوال احداث توارد دموى نحو الجلد بالوسايط المهيجة التى ذكرناها وبذلك يحصل تلطف فى احتقان الغشاء المخاطى الحنجرى كاف فى حصول النتيجة المطلوبة وتحسين سير المرض وكذا صبغة اليتينة التى قيل انها نوعية فى هذا المرض يمكن استعمالها وان لم يعشم منها بنجاح عظيم وأجود المشروبات فى هذا المرض الغازية الخفيفة ماء سلترس وحده او ممزوجا باللبن الفاتر اجزاء متساوية وينبغى تجنب المآكل الدسمة واستعمال المآكل المملحة فقد دلت التجارب العامية على ضرر الاولى بخلاف الثانية فان تأثيرها جيد فى هذا المرض (ولذا أوصى العوام فيه بأكل الفسيخ ونحوه من الجواهر المملحة) ويظهر ان ذلك ناتج عن تنبيه وتحويل فى الغشاء المخاطى الباعومى كما يحصل ذلك من اللبخ الخردلية بوضعها على جلد العنق من الظاهر

وأما الالتهاب الحنجرى النزلى المزمن فكان يوصى فيه باستعمال مسحوق بلومير (وهو مركب من الزئبق الحلو وكبريتور الانتيمون الذهبى) المضاف اليه خلاصة البلادونا والشوكران وهذا المسحوق كان يعتبر نوعيا فى هذا المرض واضافة الجوهرين الاخيرين وان كانت مسكنة لنوب السعال الا انه وقع الشك فى كونهما أجود منفعة من بقية المركبات الافيونية وكبريتور الانتيمون غير ضرورى فى هذا المرض والزئبق الحلو مرفوض الاستعمال فى الالتهابات النزلية والذى يوصى به الآن فى هذا المرض هو استعمال محولات قوية على جلد العنق بدل المحولات الخفيفة التى تستعمل فى الالتهاب الحنجرى النزلى الحاد وأكثرها استعمالا الدلك بزيت حب الملوك وحده أو ممزوجا بقدره خمس مرات من زيت الترمنتينا فيدلك جلد العنق فوق الحنجرة بهذا المخلوط مرارا كل يوم حتى تظهر الحويصلات والبثرات وألطف من ذلك تأثيرا وليس أقل منه منفعة استعمال الدراريق على جانبى الحنجرة (كما قاله نوبولد) وللاستعمال المياه القلوية المورياتية الحمضية تأثير جيد واضح فى سير النزلة الحنجرية المزمنة وأحوال هذا المرض التى يثمر فيها استعمال تلك المياه وان كانت كثيرة جدا انما لا يمكن الى الآن تمييزها وعزلها عن باقى الاحوال التى لا تثمر فيها والاجود فى معالجة المرضى بذلك ارسالها الى ينابيع امس

اوسيلتسبرون وان لم يتيسر لهم ذلك وجب عليهم وهم فى أماكنهم استعمال ماء سلترس أو أحد المياه المذكورة بكيفية علاجية منتظمة وحيث ان ماء كل من ينابيع أمس وهى كسلبرون وكرنشن ولاسيما ماء وكتوريا الذى استعملناه بكثرة مع النجاح فى العصر الاخير تصل درجة حرارته فى موضعه الى ٣٧ سنتيغ او الى ٣٣ او ٣٢ ريومير فالاوفق استعمال هاتيك المياه فى محالها بدون اضافة اللبن أو مصله فاترين وأما ما يرسل من تلك المياه للمبيع فى غير أماكنها فينبغى تدفئتها بمزجها باللبن الساخن قبل استعمالها اجزاء متساوية وتفضيل مزجها بالمصل المستعمل بكثرة عن مزجها باللبن نفسه أمر غير مقطوع به ومصل اللبن المجهز جيدا فى بعض المحال من بلاد السويزرا المشهورة لاجل المعالجة به والممدوح بكثرة فى بعض الوقائع والجرائيل بل و بعض المرضى يجد فيه راحة زيادة عن المياه الطبيعية المذكورة ليس الا لبنا فاقد المواد الجبنية والظاهر انه لا تزيد عن اللبن الذى لم يستخرج جبنه وحينئذ فلا يستعمل المصل مضافا الى تلك المياه بدلا عن اللبن الا فى أحوال نادرة يكون المريض لا يتحمل فيها اللبن ويجد فى استعمال المصل مع المياه المذكورة تحسينا ومنفعة عظيمين

والمعول على تأثير المياه القلوية المرياتية الحضية على نظريات عديدة والامر المعلوم من ان رماد المواد المخاطية يشتمل على كثير من ملح الطعام زيادة عن رماد الدم وان المواد المخاطية عند تعاطى ملح الطعام تصير قليلة اللزوجة والتماسك يظهر انه يؤيد القول بأن للملح مدخلا عظيما فى تكوين المواد المخاطية لكن لا يستنبط من ذلك ان استعمال الملح يحدث شفاء فى الالتهابات النزلية أو سرعة فى قطع سيرها وقد ارتكن المعلم (سبنجلر) فى توجيهه لتأثير تلك المياه على احتوائها على قلويات كربونية زاعما ان هذا التوجيه على طبق تجارب (فرجوف) ومشاهداته التى اتضح منها ان المحلولات القلوية الخفيفة تزيد فى الحركات الهدبية الخلية من الاغشية المخاطية فاستعمال هذه المياه يعيد تلك الحركات عند انقطاعها بالكلية أو ايقافها ويرفض هذا التوجيه المقول به بالنسبة لتأثير هذه المياه الذى لا يكون ملطفا فقط بل شافيا شفاء تاما فى كثير من احوال النزلات الحنجرية المزمنة ولذا لا نعول الا على التجارب

الحقيقية ويجرى العمل على مقتضاها وهى ان مياه أمس وسلتسبرون وسلترس لها تأثير ملطف بل شاف بالكلية فى عدة من أحوال هذه النزلات وكذا من الممدوح جدا فى معالجة النزلات الحنجرية المزمنة المياه المعدنية الكبريتية الباردة لاسيما ماء وايلبك (باقليم نساو) والسن (باقليم شومبرغ لب) ولنجن بروك (باقليم بادن كل ذلك ببلاد الالمانيا) وهذه المياه يصير استعمالها بعد مزجها باللبن أو مصل الفاترين كما يستعمل ماء سلتسبرون وسلترس وكذا المياه المعدنية الكبريتية الفاترة بجبال البرنية ولاسيما ماء بون (بفرانسا) فانه شهير جدا فى معالجة هذا المرض وليس عندنا لتوجيه تأثير مياه هذه الينابيع الطبيعية الاثطريات غيرا كيدة ولا نتأسف على عدم الوقوف على توجيه كيفية تأثيرها وانما نتأسف على عدم الوقوف على العلامات القطعية فى تمييز كل حالة بحسب ما يوافقها من تلك المياه بحيث يمكننا القول من قبل الاستعمال بالتأثير الشافى لكل ماء ينبوع مما ذكر على حدته أو عدم منفعته

وأما احوال هذا المرض المستعصية فينبغى فيها استعمال معالجة موضعية فى الغشاء المخاطى الحنجرى

وذلك بواسطة نفخ الجواهر القابضة أو جذبها فى الحنجرة كما هو الجارى من منذ زمن طويل على شكل مسحوق ناعم بأن تؤخذ قصبة ريشة او انبوبة من الزجاج طولها من ٨ قراريط الى ١٠ وقطرها بعض خطوط ويوضع المسحوق المراد ادخاله فى فوهة أحد طرفيها بقدر أربع قمحات تقريبا ويدخل الآخر بعد تنكيس اللسان جهة الحلق ويؤمر المريض بالشهيق الشديد السريع بعد انطباق الشفتين فان حصل من ذلك سعال شديد تحقق من وصول الجوهر الدوائى الى الحنجرة وأكثر المساحيق المستعملة فى مثل هذه الاحوال قبل اختراع المرآة الحنجرية خصوصا من المعلم (ترسوو بلوك) هى مسحوق نترات الفضة بأن يؤخذ قمحة او قمحتان على درهمين من السكر أو من الزئبق الحلو من عشر قمحات الى عشرين على درهمين من السكر أو مسحوق الشب من نصف درهم الى درهم على درهمين من السكر وفى هذا العصر يمكننا بواسطة المرآة الحنجرية وأنبوبة منحنية توصيل كمية المسحوق بجمعها الى فوهة

الحنجرة ونفخها فيها ومثل هذه الطريقة بل آكد فى التأثير عصر قطعة من الاسفنج مثبتة على نحو سلك من الفضة ومغموسة فى محلول نترات الفضة (بجرام منه على أوقية ماء) على لسان المزمار ونجاح هذه الطريقة واضح جدا فى الغالب وتأثيره هنا ناجح كتأثيره فى الالتهابات الملتحمية المزمنة ومن كان عنده علم باستعمال المنظار الحنجرى يمكنه التأكد من وصول الاسفنجة أسفل لسان المزمار وعدمه بواسطة النظر

وفى هذا العصر الاخير تستعمل طريقة جيدة لاجل وصول الجواهر الدوائية الى الغشاء الحنجرى مباشرة وكان فى ابتداء ظهورها بولغ فى نجاحها وذلك بأن تحال محلولات الجواهر الدوائية المذكورة الى غبار ناعم جدا ويستنشقها المريض والاجهزة التى تستعمل لذلك تسمى بالمرزاز وبجهاز ساحق السوائل وبجهاز الاستنشاق أيضا ويميز لهذه الاجهزة نوعان الاول يندفع فيه سلسول سائل رقيق جدا الى صفيحة مقعرة اندفاعا قويا بحيث يستحيل الى غبار رقيق شبيه بالرزز ومن هذا النوع من الاجهزة جهاز المعلم (ساليس جيرون) وتنوعاته المخترعة من ولدمبرغ ولوين وسنستر وأما النوع الثانى من هذه الاجهزة فيصير فيه احالة السوائل الى غبار رقيق شبيه بالرزز يحصل بالكيفية الآتية وهى أن يسلط على السائل المراد استنشاقه تيار هواء منضغط كالنفخ القوى مثلا يحيله الى رزز ناعم وذلك كجهاز المعلم (ماتيو و برجسون) وخلافه من التنوعات التى كنت أستعملها سابقا ومن افكار المعلم (سيجله) المستحسنة تنويع جهاز (برجسون) بالكيفية الآتية وهى انه يستعمل لاجل احالة السوائل الطبية الى رزز أبخرة الماء بدلا عن الهواء المضغط والاجهزة القليلة الثمن للمعلم (سيجله) المذكور وتنوعاتها العديدة التى قد انبنى تركيبها على استعمال اناء صغير من الصفيح الجامد لاجل ايجاد بخار الماء بدلا عن استعمال الزجاج السريع العطب تفضل جميع أجهزة الاستنشاق فلا تستعمل الآن فى الاكلينك الخاص بنا الا مثل هذه الاجهزة الاخيرة

(تنبيه) عيب الاجهزة التى بها يندفع رزز السوائل الدوائية فى المسالك الهوائية بتيار الهواء المنضغط كونه يدخل فى المسالك الهوائية مع السائل

الدوائى تيار قوى من الهواء وكون الرزاز المندفع بقوة فى فم المريض اندفاعا مستقيما يعسر انجذابه فى المسالك الهوائية بحركة الشهيق الضعيفة بل انه يرسب معظمه على اللهاة والبلعوم غير أنه اذا كان المريض بعيدا عن الجهاز ببعض اقدام أمكن تجنب العيوب السابق ذكرها

ودخول السائل فى المسالك الهوائية بواسطة هذه الاجهزة أمر محقق الآن والسوائل التى تستعمل لاجل الاستنشاق عادة فى النزلات الحنجرية الحديثة ذات الافراز القليل اللزج هى محاول ملح النوشادر أو ملح الطعام (من ١٠ الى ٢٠ قمحة فى أوقية من الماء) وفى النزلات الحنجرية المزمنة ذات الافراز الغزير المخاطى الصديدى هى محاول الشب من ٥ قمحات الى ١٠ على أوقية من الماء ومحاول التنين من قمحتين الى عشرة على أوقية من الماء أيضا ومحاول نترات الفضة من قمحة الى ١٠ على أوقية من الماء وعند استنشاق المحلول الاخير ينبغى تغطية وجه المريض بنحو صورة وجه صناعية من الورق المقوى خشية أن يسود ونجاح هذه الطريقة جيد جدا فى أغلب أحوال النزلات الحلقية والحنجرية المزمنة سيما الشكل الجريبى والحبيبى منها ومن الاطباء من يستعمل أيضا الاستنشاق بمحاول جواهر أخرى مسكنة كخلات المورفين من نصف قمحة الى ربع على أوقية من الماء وكصبغة الافيون من قمحتين الى أربعة على أوقية من الماء وكخلاصة الشوكران من نصف قمحة الى قمحة على أوقية من الماء لاجل مضاربة تهيج السعال الشديد ولا وجه فى تفضيل ذلك على الحقن تحت الجلد

(تنبيه) لاشك ان طريقة المعالجة بالاستنشاق على طول المدا تنتشر جدا سيما وان الاجهزة الموجودة الآن سهلة الاستعمال قليلة العطب

وهنالك محال مخصوصة فى بلاد المانيا وخلافها من اوروبا يستعمل فيها استنشاق المياه الملحية الطبيعية بكثرة اما على هيئة بخار او على هيئة الرزاز بواسطة الاجهزة السابق ذكرها أو خلافها من الاجهزة العديدة وقاعات تبخيرها بها فيحصل منها نجاح عظيم فى الامراض النزلية للبلعوم والحنجرة والشعب والظاهر ان نجاح هذه المياه بالاستنشاق مبنى على تأثيرها المحلل للمواد المخاطية وسهولة اخراجها بالنفث وبذلك يحصل تلطيف عظيم جدا

فى السعال وراحة للمريض بل الشفاء التام كما ان اهوية تلك المحال محتوية على كمية عظيمة من محلول خفيف من ملح الطعام ولربما ساعد ذلك على تأثير تلك المياه فى محال استعمالها

(تنبيه) قد ذكرنا استعمال المياه المعدنية الكبريتية حارة أو باردة بواسطة الرزز والاستنشاق ومن هذا القبيل مياه حلوان فانها بلا شك ذات منفعة عظيمة فى مثل هذه الاحوال وعما قريب سيعم نفعها على المرضى بالاقطار المصرية وخلافهما من الواردين من البلاد الشمالية فقد حان أوان استعدادها بتكملة ابنيتها الفاخرة واتمام حماماتها ووضع قاعة مخصوصة كاملة فيها أجهزة الرزز والتشاشل وذلك بالهمم الخديوية فان هذه المياه زيادة عن اعتدال درجة حرارتها وغزارة كميتها امتزاج الغاز الكبريتى بجزيئات مائها يصيرها جيدة فى استعمالها على حالة الرزز فى المرض الذى نحن بصدده وغيره من الامراض المماثلة له فضلا عن كونها نابعة فى محل يهرع اليه بجودة هوائه واعتدال صحته وقربه من تخت مصر وامكان المعالجة بها فى فصل الشتاء دون غيرها من المياه المعدنية الكبريتية السابقة

والتدبير الغذائى فى الالتهاب الحنجرى النزلى المزمن مثل الذى فى الالتهاب الحنجرى النزلى الحاد ومن الممدوح هنا المأكولات المملحة حتى ان تعاطى البطارخ على الريق يعتبر هنا نوعيا عند العامة أكثر منه فى النزلة الحنجرية الحادة

واما المعالجة العرضية فتحتاج زيادة عن تسكين نوب السعال المفرطة الى مقاومة نوب عسر التنفس التى تحصل عادة ليلا ولا حاجة هنا فى الغالب الى ارسال العلق على العنق وان أوصى به كثير من الاطباء وأجود المؤثرات وضع اسفنجة مغموسة فى الماء الساخن على العنق وتكرير ذلك الى أن يحمر الجلد وتعاطى المشروبات الفاترة بكمية عظيمة ولاسيما المقيئات فان لهذه الوسايط ثمرة عظيمة تعقبها والمستعمل من المقيئات عرق الذهب والطرطير المقيئ لا كبريتات النحاس وتعاطى هذين الجوهرين بمقدار عظيم كاف أكيد التأثير والاجود اعطاء جرعة (هوفلند) المركبة بأن يؤخذ من عرق الذهب ٣٠ قمحة ومن الطرطير المقيئ قمحة واحدة ومن معسل بصل العنصل ثلاثة

دراهم

دراهم ومن الماء المقطر أوقية ونصف ويعطى من هذا السائل بعد وجه رجا جيدا كل عشر دقائق ملعقة الى أن يحصل القيء ثم اذا تكررت نوبة ضيق النفس ينبغي تكرار المقيئ

ومن الموصى به بكثرة فى هذا المرض عدم ترك الاطفال حتى تستغرق فى النوم جدا بل ينبغي ايقاظها زمنا فزمنا واعطاؤها بعض المشروبات فانه ينشأ عن ذلك سعال عادة عقب ماذكر فحينئذ يمتنع تراكم الافراز المخاطى على حافة فوهة المزمار وجفافه

(المبحث الثانى)

فى الذبحة الغشائية المعروفة بالسعال الديكى وبالالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب اوالليفى

(وبالخناق الحنجرى)

(كيفية الظهور والاسباب)

الالتهاب ذو الغشاء الكاذب اوالليفى نوع من التغيرات الالتهابية للمنسوجات يتكون فيه على السطح الظاهر من الاغشية المخاطية نضح ليفى سريع الانعقاد بحيث لا يحوى شيأ من طبقات الغشاء المخاطى الا الطبقة البشرية ومتى انفصلت الاغشية الكاذبة المتكونة على سطح هذه الاغشية المخاطية تجددت الطبقة البشرية بسرعة وحينئذ لا يحصل فقد جوهرى فى الغشاء المخاطى فلا ينتج عن الالتهاب الغشائى ندبة التحامية بخلاف الالتهاب الدفتيرى اى الاوكلى أو الغشائى التقرحى الذى يندر حصوله فى الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية فانه وان اتصف كذلك بتكون نضح ليفى سريع الانعقاد الا أنه يتميز عن الالتهاب ذى الغشاء الكاذب بان النضح فيه لا يتكون على سطح الاغشية المخاطية فقط بل عليه وفى جوهر الغشاء المخاطى ايضا بحيث ان هذا الغشاء الذى يعتريه هذا التغير المرضى يتنكرز (اى يموت ويتأكل) بسبب انضغاط اوعيته من النضح الحاصل فى جوهره ويستحيل الى خشكريشة وبعد سقوط هذه الخشكريشة يعقبها فقد جوهر ثم ندبة التحامية والشكل الليفى اى ذو الغشاء الكاذب هو الذى يكاد يظهر دائما وحده دون الشكل الدفتيرى على الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية

والالتهاب الحنجرى ذو الغشاء الكاذب التابعى اى الذى يعتبر ظاهرة تابعية لمرض تسمى "بنى" ويصاحب الحصبة والقرمزية والجدرى والتيفوس والدفتيرية الوبائية احيانا فقد يستحيل نوعا من حالة الالتهاب ذى الغشاء الكاذب البسيط الى الدفتيرى اى الا كال بل الغالب فى مثل هذه الاحوال ان الالتهاب الحنجرى يظهر صفات الالتهاب الليفى البسيط دون الدفتيرى ولو كان الحلق محلا لهذا الاخير

ومن خواص الالتهاب ذى الغشاء الكاذب الذى تكون مشاهدته فى الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية اكثر منه فى بقية الاغشية المخاطية فى الاغلب أن لا يصيب فى الطفولية الا الغشاء المخاطى للحنجرة والقصبة الهوائية ويندر جدا اصابته للاخلية الرئوية وينعكس ذلك فى سن البالغين اى ان الالتهاب الرئوى الليفى يصيب بكثرة الغشاء المخاطى للحويصلات الهوائية مكونا للالتهاب الرئوى الحقيقى اى الليفى ويندر جدا اصابته للحنجرة فى هذا السن والالتهاب الحنجرى الليفى وان كان كما ذكرنا مرضا خاصا بسن الطفولية تقريبا يقل الاستعداد للاصابة به زمن الرضاعة ويندر حصوله ايضا عقب التسنين الثانى وحينئذ فاكثر الازمنة استعدادا للاصابة به من انتهاء السنة الثانية الى السابعة واصابة الاطفال من الذكور به اكثر من الاناث ومن الخطا اعتقاد أن الاطفال السمان الجيدى التغذية اكثر اصابة بهذا المرض من الاطفال الضعفاء البنية بل اكثر ما يصاب به الاطفال ضعفاء البنية المتولدون بين ابوين درنيين ذوى تغذية رديئة وجلد باهت وأوردة شفافة ونحو ذلك وعرضة للطفحات الاجزتيماوية والاستسقاء الدماغى وقد دلت التجارب على ان العائلات الذين يحصل فيهم الموت بكثرة يموت عندهم جزء عظيم من الاطفال بالاستسقاء الدماغى والجزء الآخر يهلك بالالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب الذى نحن بصدده ومن تقدم فى السن من نسل هذه العائلة يهلك بالدرن الرئوى وهذا دليل على ان الاستعدادات للاصابة بهذه الامراض متقاربة ولا يندر حصول هذا المرض لبعض الاطفال عقب زوال بعض الطفحات الرطبة كالاجزتيما التى كانت موجودة على الرأس والوجه

وظهور الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب فى البلاد الشمالية الباردة والرطبة والكثيرة الرياح اكثر منه فى البلاد الحارة الجنوبية الممنوع عنها تيار الرياح القوية

(تنبيه) الذى يظهر ان هذا المرض اكثر مشاهدة فى البنادر العظيمة من قطر مصر عما كان فى الزمن السابق حتى لقد شوهدت منه فى الزمن الاخير أوبئة مهلكة لعدد عظيم من الاطفال فى ثغر الاسكندرية والظاهر أن ذلك متعلق بنوع تغير فى الاحوال الجوية لاقليمنا

ولا يندر تسلطن هذا المرض تسلطنا وبائيا ولو فى القرى الصغيرة فتهلك به عدة عظيمة من الاطفال فى آن واحد وعادة هذا المرض اذا تسلطن تسلطنا وبائيا أن يكون شديدا خبيثا جدا ومصحوبا دائما بالتهاب ذى غشاء كاذب فى البلعوم وقد شوهدت احوال مرضية فى بعض الاوبئة ترجح القول بانتشاره بالعدوى اللاواسطية ومع ذلك فمن المشكوك فيه هل حصل فى مثل هذه الاحوال اختلاط السعال الديكى بالدفتيرية الوبائية التى هى آفة معدية للغاية وفيها ينضم للالتهاب الدفتيرى من الحلق التهاب غشائى ليفى حنجرى تابعى غالبا اولا

ولا يمكن الوقوف فى غالب الاحوال على حقيقة الاسباب المتممة لهذا المرض وهناك احوال أخرى يظهر فيها أنه ناتج عن تهييج لاواسطى أثر فى الغشاء المخاطى الحنجرى اوتأثير البرد اوالرياح الشمالية القوية وأما الارتباط النسبى بين الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب والامراض التسممية فسنذكره بعد

(تنبيه) الاطباء الاقدمون من العرب وان لم يذكروا فى كتبهم الالتهاب الحنجرى ذا الغشاء الكاذب الا أنه يوجد فى كتبهم لفظ الخناق وعرفوه بانه عبارة عن امتناع النفس او البلع أو تعسرهما وقال الشيخ الرئيس ان الاختناق هو امتناع نفوذ النفس الى الرئة فحينئذ لفظ خناق وان لم ينطبق على المرض الذى نحن بصدده ولا يدل على طبيعته من كل وجه الا أنه من حيثية عوق النفس فى هذا المرض وحصول الاختناق لامانع من تسميته بالخناق الحنجرى

(الصفات التشريحية)

الغشاء المخاطى الملتهب يكون مجلسا الاحمرار مختلف الشدة وهذا الاحمرار

يكون على هيئة احتقان أو ايكيموز وقد قال بعضهم ان هذا الاحمرار يتناقص عند ازدياد النضح الليفى بل زعم آخرون ان فقد الاحمرار الالتهابى فى هذا المرض بعد الموت يدل على أن الالتهاب ذا الغشاء الكاذب نوع مخصوص من الالتهاب غير مصحوب بالاحتقان وهذا خطأ بل يوجد ذلك كما أشرنا اليه فيما تقدم بكثرة ووجود الالياف المرئية فى الغشاء المخاطى الحنجرى ثم ان الغشاء المخاطى يفقد طبقته البشرية وهو والمنسوج الخلوى تحته يكونان منتفخين رخوين وعضلات الحنجرة تظهر مرتشحة باهتة رخوة والغالب أن يكون السطح الظاهر للغشاء المخاطى فى الجثة مغطى بغشاء كاذب لكن هذا ليس على الدوام وفقد الغشاء الكاذب فى جثة بعض المرضى التى هلكت بظواهر السعال الديكى أدى لتقسيم هذا المرض الى سعال ديكى كاذب وسعال ديكى حقيقى بحيث ان كثيرا من الاطباء الى وقتنا هذا يقول ان المريض هلك بسعال ديكى كاذب فى الاحوال التى فيها لا تثبت الصفات التشريحية وجود الغشاء الكاذب ومن المعلوم الواضح أنه فى احوال الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب ينفرز نضح عضوى سائل أولا ثم ينعقد بعد انفرازه فاذا انقذف هذا النضح قبل الموت سواء كان عقب انعقاده او على حالته السائلة وجدت الحنجرة خالية عنه بعد الموت ومع هذا فالمرض واحد كما فى الاحوال التى فيها يكون الغشاء المخاطى مغطى بغشاء كاذب والنضح الليفى تارة يكون ذا قوام كقوام القشطة اللزجة وتارة على هيئة غشاء متماسك مبطن للسطح الباطن من الحنجرة ويمتد الى القصبة الهوائية والشعب على هيئة أنابيب غشائية واحيانا أخرى على هيئة لطخ او نقط صغيرة ملتصقة بالغشاء المخاطى سيما باجزائه المغطاة بطبقة بشرية هدبية خلية والاغشية الكاذبة الرخوة الرقيقة يسهل نزعها من الغشاء المخاطى واما الاغشية الكاذبة المتينة السميكة فتكون ملتصقة به اكثر من الاولى ويوجد على السطح الظاهر لبعض الاغشية الكاذبة السميكة التى يجاوز سمكها كثيرا خطا واحدا أشرطة او نقط دموية آتية من انفجار بعض أوعية دموية فى الغشاء المخاطى التى كانت متراكمة عليها وبعد استمرار هذه الاغشية الكاذبة زمنا ما تلين بواسطة نضح مصلى وتنقذف من سطح الغشاء المخاطى على هيئة أنابيب مجتمعة او اهداب أو ندف وفى

الاحوال ذات السير الجيد فتجدد الطبقة البشرية فيعود الغشاء المخاطي الى حالته الطبيعية وفى أحوال اخرى يعقب انفصال الاغشية الكاذبة نضح جديد فتعود الاغشية الكاذبة ثانيا ويتكرر ذلك الى أن ينتهي المرض او تنتهي حياة المريض والغشاء الكاذب يشاهد بالمكروسكوب انه مشتمل على طبقات عديدة رقيقة من مواد ليفية لاشكل أوذات الياف رقيقة ومن المهم جدا التشخيص هذا المرض والتوجيه الفسيولوجي لظواهره المرضية كونه يكاد يتضاعف على الدوام بالتهاب ذي غشاء كاذب فى الحلق بل الاطباء الفرنساويون لايعتبرون السعال الديكي حقيقيا الا اذا وجدت هذه المضاعفة والواقع انه قد ثبت بالمشاهدات فى المانيا كثرة اصطحاب هذين الشكلين المرضيين ببعضهما لكن ذلك ليس على الدوام

والاغلب أن يوجد فى جثة الاطفال الذين هلكوا بالسعال الديكي احتقان عظيم فى الغشاء المخاطي الشعبي والرئتين وحالة نزلية فى الشعب مصحوبة بافراز غزير واوذيما رئوية ولا يندر وجود أغشية كاذبة فى الشعب وبورات دموية رئوية وهبوط بعض اجزاء الرئة على نفسها وانفزيما حويصلية وخلالية فيها وسنوضح أن جميع هذه التغيرات من النتائج الملازمة للذبحة الحنجرية الليفية

(الاعراض والسير)

هذا المرض يسبقه غالبا بعض ظواهر مرضية فتكون الاطفال ذوي كآبة وفيهم ظواهر حمية خفيفة وبحة فى الصوت وسعال ذو صوت مريب وهذه الظواهر كما تكون سابقة لنزلة حنجرية خفيفة غير خطرة تكون ايضا ظواهر سابقة لأشد امراض الاطفال خطرا وهو السعال الديكي الذي نحن بصدده لكن الطبيب الفطن يميز غالبا بين هاتين الحالتين فى هذا الزمن و ينبغي البحث عن الحلق فى جميع الاحوال ولو لم تشتك الاطفال عسرا فى الازدراد فاذا وجد الطبيب الغشاء المخاطي الحلقي محمرا واللوزتين منتفختين ووجد عليهما بعض لطخ بيضية صغيرة شديدة الالتصاق بهما كان هذا دليلا على ابتداء السعال الديكي كما انه اذا وجد اعراض الزكام مصاحبة للظواهر السابقة المذكورة كان هذا دليلا على وجود نزلة حنجرية والاستعداد

المرضى الشخصى يرتكن اليه فى التمييز بين النزلة الحنجرية وسوابق السعال الديكى فالاطفال الذين يحصل لهم عقب كل بردجة فى الصوت وسعال رنان لم يرتقيا الى اعراض السعال الديكى ولم يكن احد من اخوتهم أصيب بهذا المرض مطلقا يقل الظن عندهم بحصول السعال الديكى بخلاف الذين قد أصيبوا بهذا المرض ونجوا منه قبل ذلك أو كان تقدم لاحد من اخوتهم بهذا المرض

وهذه الظواهر المرضية يمكن أن تسبق احيانا نوبة السعال الديكى الحقيقية بيوم أو أيام قلائل وكثيرا ما تفقد بالكلية ويظهر المرض فجأة باعراضه المهولة والغالب أن يستيقظ الطفل من نومه فى اثناء الليل خشن الصوت ابحه أو فاقدا رنانيته بالكلية وقد ينتقل هذا الصوت المنخفض الابح الى صوت رنان حاد عند السعال أو التكلم بسبب تقارب الاوتار الصوتية المغطاة بالنضح المرضى وملامستها لبعضها ملامسة وقتية كما ان السعال الذى يكون فى الابتداء قصيرا حادا يصير فيما بعد خشنا ابح وبمجرد حصول حركة سعال شديدة يصير رنانا بسبب شدة توتر الاوتار الصوتية وتقوسها من الهواء المندفع وقد يصير السعال كذلك فاقدا رنانيته بالكلية بحيث ان الطفل لا يسمع له صوت عند التكلم والسعال

وينضم لهذه الاعراض الناتجة عن استرخاء الاوتار الصوتية وثخنها وعن ابتداء شلل العضلات الحنجرية وعن النضح المتراكم عليها وهى تحصل جميعها كما ذكرنا فى النزلة الحنجرية عسر عظيم فى التنفس مستمر شديد ا لخطر جدا واصف للسعال الديكى فانه لا يشاهد فى أحوال النزلة الحنجرية الا نادرا ويكون اذ ذاك برهيا وعسر التنفس المذكور يحصل من ضيق المزمار وسنوجه كيفية حصوله ولو فى الاحوال التى لم يشاهد فيها أغشية كاذبة مضيقة لفوهة المزمار يكون واصفا كما ذكرناه للذبحة الحنجرية الغشائية ولا يمكن اختلاطه باشكال اخرى لضيق النفس فيكون التنفس اذ ذاك عسرا للغاية بحيث ان الطفل يجرى مجهودات شاقة عند حركة الشهيق فترى جميع العضلات الموسعة للصدر فى حركة فاعل عضلى قوى للغاية بحيث تجتهد الاطفال فى القيام ومد العمود الفقرى للحصول على اتساع الصدر برفع

الاضلاع لكن مع اجراء هذه المجهودات الشاقة لايدخل الهواء فى المزمار الضيق الا ببطء وعسر شديدين فتكون حركات الشهيق حينئذ ممتدة بطيئة وتبعا لذلك تكون حركات التنفس الشاقة بطيئة لا سريعة كما يشاهد فى غير هذه الحالة من أحوال عسر التنفس كالالتهاب الرئوى الذى فيه لا تكابد عضلات الشهيق مقاومة غير طبيعية ويصطحب الدخول العنيف للهواء من المزمار المتضايق بلغط صفيرى أو منشارى خاص متى سمعه الطبيب مرة لا ينساه

وفى اثناء مجهودات الشهيق الشاقة تنقبض وتقصر العضلات الرافعة لجناحى الفم فتتمدد الخياشيم (فانه لولا هذه الحركات العضلية الالهامية لانسدت الخياشيم متى رق الهواء فى الحفرة الانفية بسرعة) ومع ذلك فتمدد الخياشيم هذا لا يعتبر فى حد ذاته عرضا دالا على ضيق النفس الخاص بالالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب وزيادة على ذلك نشاهد فى هذا المرض علامة مخصوصة كثيرا ما تلاحظها العامة وهى مبنية على رقة الهواء فى تجويف الصدر الحاصلة من تمدده مع ضيق المزمار بمعنى اننا نرى انه عند كل حركة شهيق لا يحدب القسم الشراسيفى بل ينقبض وينخفض بقوة الى الباطن فانه برقة الهواء فى تجويف الصدر يقهر الحجاب الحاجز من ضغط الهواء ولو كان فى حالة انقباض لان سطحه المتجه نحو تجويف الصدر يقع عليه ضغط أقل قوة من سطحه المتجه نحو تجويف البطن فينجذب بقوة الى أعلى كالجلد المنفاخ فانه ينقلب الى الباطن عند فتحه بسرعة قوية أكثر من سرعة دخول الهواء فى صمامه ومع ذلك ينجذب كل من المعلقة الحنجرية وغضاريف الاضلاع السفلى الى الباطن بقوة وهذه الظاهرة سهلة التوجيه ايضا متى تأملنا لحركات التنفس فى الحالة الطبيعية فان الهواء متى امكنه النفوذ فى المسالك الهوائية بسهولة لم يحصل من انقباض عضلات الحجاب الحاجز انخساف فى اقواس الاضلاع بل يحصل منه فقط سقوط فى الجزء الوترى من الحجاب الحاجز فان المقاومة التى يقاوم بها تقويس الاضلاع انخسافه الى الباطن اعظم من المقاومة التى يقاوم بها سقوط الحجاب الحاجز مرونة الرئة وضغط الاحشاء الباطنية عليه فان انجذب الجزء الوترى من الحجاب الحاجز الى أعلى

بواسطة رقة الهواء فى الرئتين أوحصل مجرد تثبيته وامتناعه عن التحرك الى اسفل نتج عن ذلك انجذاب قوس الاضلاع الى الداخل بواسطة الانقباضات الشهيقية لعضلات الحجاب الحاجز

وهيئة الطفل وجميع مجهوداته تدل على شدة احتياجه للهواء لكن جميع مايكابده من المجهودات العضلية لايكفى فى الحصول على هذه الغاية فيصير الطفل فى حالة يأس وقلقا ويحذف نفسه على ايدى من كان منوطا بخدمته ويعود ثانيا الى فراشه فى حالة ضجر وقلق عظيمين ويوجه يديه نحو عنقه كانه يريد ازالة العائق المانع من سهولة التنفس ويكون وجهه مغطى بعرق وتقاطيعه متغيرة بالكلية بحيث ان منظر الطفل المصاب بالسعال الديكى الحقيقى يكون محزنا ومفزعا للغاية

ثم ان هلاك الطفل المصاب بالالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب الذى ظهر عنده اعراض ضيق النفس العظيم فى مدة الحياة لكن لم يشاهد بعد موته غشا كاذب على الغشاء المخاطى الحنجرى ولا انتفاخ فيه ولا ارتشاح عظيم فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى من الامور التى ادت للقول بأن الانقباض التشنجى لعضلات الحنجرة هو الذى ينتج عنه ضيق المزمار وعسر التنفس السابق ذكره لكن المشاهدات التشريحية المرضية والفسيولوجية قدنفت هذا القول والذى ثبت بالمشاهدات والتجاريب الاكيدة ان ضيق النفس فى مثل هذه الاحوال يكون ناتجا عن شلل فى عضلات الحنجرة لاعن انقباضها التشنجى فان العضلات الكائنة تحت غشاء مخاطى اومصلى ملتهب التهابا شديدا تكون هى والغشاء الملتهب والمنسوج الخلوى تحته فى حالة ارتشاح ورخاوة باهتة اللون شلاء فلا تكون حينئذ قابلة للانقباض كما قاله (روكتنسكى)

والذى يثبت أن العضلات التى تكون على هذه الحالة تفقد حقيقة قابلية انقباضها هو اعتبار حالة العضلات بين الاضلاع فى الالتهاب البلورى فانها تسترخى وتندفع الى الخارج بسبب شللها ولطبقة العضلية للمعى فى الالتهاب البريتونى والدوسنطاريا فان فى كل من هذين المرضين تفقد الطبقة العضلية المعوية حركاتها الديدانية فى الاجزاء المعوية الملتهبة طبقتها المصلية

أو المخاطية لان الطبقة العضلية المغشاة بالغشاء الملتهب يعتريها الشلل وهذا الاعتبار وماماثله من المشاهدات ينبنى عليه مع التأكيد تقرير ان عضلات الحنجرة المغشاة بغشاء مخاطى ملتهب التهابا شديدا تكون منشلة لامنقبضة انقباضا تشنجيا وكون تشلل عضلات الحنجرة ينتج عنه حقيقة عسر التنفس يثبت ذلك ثبوتا واضحا من احداث شلل فى العضلات المذكورة بواسطة التجاريب الفسيولوجية اعنى بقطع الاعصاب الرئوية المعوية من حيوانات صغيرة بل ان ضيق التنفس وعسره الناتج عن فعل هذه التجاريب له مشابهة تامة بعسر التنفس الناتج عن الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب فانه يشاهد فيه ايضا الشهيق المستطيل الصفيرى وهلم جرا بحيث ان التشابه بينهما لا يخفى على طبيب حاذق وكذا اعتبار الحالة التشريحية لمزمار الحنجرة فى سن الطفولية يزيل كل تغيب فى هذا الشان وانه فى جميع الاحوال التى لا يتمدد فيها او ينفتح بواسطة الفعل العضلى مدة الشهيق لابد وان يتضايق و ينسد مدة الشهيق العنيف فانه فى سن الطفولية تفقد المسافة المثلثة التى سماها المعلم (لونجى) بالمسافة أو الجزء التنفسى المحدود بقاعدة الغضاريف الطرجهالية الممتدة الى الباطن والامام نحو الاوتار الصوتية فان هذه القاعدة ليست ممتدة فى سن الطفولية والمزمار يكون فى الاطفال نوع شق ضيق ممتد من الامام الى الخلف ومحدود من الجانبين بالاوتار الصوتية الغشائية وحيث ان هذه الاحبلة الغشائية مائلة الى بعضها بانحراف فان هذا الشق يضيق ثم ينسد متى تخلخل الهواء ورق فى القصبة الهوائية وكانت حركات الشهيق شديدة فانه يمكن احداث ضيق فوهة المزمار وانسدادها فى حنجرة كل طفل عند نزعها من الجثة واجراء مص قوى فى طرفها العصبى وحيث انه المهم جدا لاجل معالجة هذا المرض معرفة كون ضيق المزمار ناتجا عن الاغشية الكاذبة أو عن شلل عضلات الحنجرة بسبب ارتشاحها الاوزيماوى ينبغى للطبيب ان يلتفت لدرجة عوق حركات الشهيق والزفير هل كل منهما عسرا والشهيق عسر صفيرى والزفير سهل فان كان الواقع الاول كان ضيق المزمار وعسر التنفس ناتجين عن أغشية كاذبة فانها توجب عسرا فى دخول الهواء كما توجبه فى خروجه وان كان الواقع الثانى

كان الشلل العضلي هو السبب في ضيق النفس فيكون عسر الشهيق لانسداد المزمار بالهواء الداخل من الفم والانف مع رقة الهواء الموجود في المسالك الهوائية وتخلخله وأما سهولة الزفير فلأن هواء الزفير يبعد حافتي المزمار عن بعضهما ولا يحتاج للفعل العضلي وانتبه على أن شلل العضلات المتقمية الطرجهالية التي بها يحصل اتساع المزمار يكون سريع الحصول عند التهاب الغشاء المخاطي البلعومي المغطي لها واشتراكه في هذا المرض ولذا تكون أحوال السعال الديكي اى الالتهاب ذي الاغشية الكاذبة للحنجرة والبلعوم خطرة للغاية

وقد تأيد عندي حقيقة نظرياتي السابقة من أن تمدد المزمار واتساعه مدة الشهيق ناتج عن فعل العضلات الحنجرية متى كانت على حالتها الطبيعية وان ضيق النفس وعسره في الذبحة الحنجرية الغشائية معظمه ناتج عن شلل عضلات المزمار وذلك منذ ظهرت المرآة الحنجرية واستعملتها في هذا الخصوص

والقول بان اعراض الذبحة الغشائية السابق ذكرها لا تبدو ان لم ينضم اليها احساس بالمخصوص في الحنجرة غير أكيد فان توجيه ايادي الاطفال الى عنقها يمكن أن يكون القصد منه زوال العائق الموجود في الحنجرة بالابهام والنفث الذي يكون من ابتداء المرض قليلا جدا يندر أن يحتوي على أهداب من أغشية كاذبة والنبض في ابتداء هذا المرض يكون ممتلئا متواترا للغاية والوجه محمر او حرارة الجسم مرتفعة

والغالب أن يحصل في اعراض الذبحة الحنجرية الغشائية انحطاط واضح في الصباح وفي أثناء النهار انحطاط قد يكون واضحا جدا بحيث يشابه التقطع (ولذا ان الاومباتيين اى الذين يعالجون الشيء بمثله يعدون بظهور تأثير أدويتهم العجيبة بعد بعض ساعات) فيكون التنفس في الصباح سهلا ويعود الصوت ثانيا ويندر السعال ويكون ابح لكنه غير مفقود الرنانية بالكلية وتتناقص الحمى وتظهر الحالة العامة للمريض غير مضطربة تقريبا ولا يبقى من اعراض المرض الاصفير خفيف وصوت سعال مريب يذكرنا ما حصل للطفل من الظواهر المرضية المهولة في الليلة السابقة لكن لا ينبغي أن يتعشم

غشياعظيما من هذا الانحطاط اذ كثيرا ماتشور اعراض المرض ثانيا فى الليلة التالية وتهدد حياة الطفل بالخطر العظيم وفى مثل هذه الاحوال استمرار الحمى ولو بدرجة خفيفة ووجود اغشية كاذبة فى البلعوم يلجئنا للخوف العظيم على حياة الطفل

ثم ان السعال الديكى قد يظهر فى مدة سير هذا الداء المتقطع فيعقب حالة المريض المطاقة مدة النهار ثوران عظيم فى الاعراض مدة الليل الى أن يصير الانحطاط غير واضح وتقصر مدته وتزداد الثورانات فتخاطر بحياة الطفل وفى أحوال اخرى وهى الكثيرة الخطر تأخذ ظواهر الذبحة الغشائية سيرا آخذا فى التثاقل على الدوام فلا يحصل الانحطاط المتعشم فيه وقت الصباح وينتهى المرض انتهاء محزنا فى ظرف يومين أو ثلاثة

ثم اذا لم تحسن حالة المريض بل مالت للانتهاء المحزن كما هو الغالب فى هذا المرض تغيرت صفة الاعراض وهيئة المريض ايضا فيصير وجه الطفل المحمر باهتا وتبهت الشفتان ايضا والاعين التى كانت تنظر بحالة تحوظ وضجر تصير ذات نعاس وفتور ولا يندر حصول قئ ذاتى وان كان الطفل قبل ذلك لا يتأثر بالمقيئات ولا من الوضعيات الخردلية وغيرها من المهيجات الجلدية وتصير حركات التنفس سطحية وينعدم الصوت الصفيرى عند الشهيق ويكون الطفل اذ ذاك فى حالة انحطاط وتنعس بحيث يظهر أن اعراض السعال الديكى وعسر التنفس زالت الى أن يستيقظ ثانيا من ذلك عقب السعال وفعل مجهودات شهيقية عنيفة فيفسد المزمار حينئذ ويصير الطفل فى كرب عظيم فيفزع جالسا مرتكزا على يديه ناظرا الماحوله نظرا مفزعا فاعلا مجهودات شهيقية عنيفة ثم يستيقظ ثانيا فى حالة الانحطاط والتنعس (وهذه الظواهر عينها تشاهد فى الحيوانات التى قطعت فيها الاعصاب الرئوية المعدية فيكون التنفس عندهم سهلا متى كان سطحيا ويعسر اغاية متى كان عميقا وهذا امر ظاهر بالنسبة للتوجيه السابق ذكره)

والظواهر المذكورة التى تحصل فى حالة الطفولية عند تقدم سير الذبحة الغشائية تنسب للتسمم التدريجى للدم بحمض الكربونيك اذ من انشحان الدم بهذا الغاز يحصل غالب الخطر العظيم الذى ينتج عن هذا المرض

والظواهر السابق ذكرها لا تنتج عن امتلاء أوعية الدماغ او اغشيته بالدم كما يظن عادة وكذا الاطفال المصابة بالذبحة الغشائية لا تكتسب هيئة سيانوزية مادام الشهيق وحده معوقا مالم يحصل عندها سعال فينضغط تجويف الصدر اذ بذلك يحصل عوق فى استفراغ الاوردة الودجية وينبغى أن تكون الاطفال المصابة بالذبحة الغشائية باهتة اللون فى هذا الدور من هذا المرض وهى فى الحقيقة تكون كذلك الى أن يطرأ شلل القلب فيكثر فراغ الشرايين ويزداد امتلاء الاوردة فتكتسب الشفتان الباهتتان لونا سيانوزيا فانه متى كان الدم الكائن فى الاوردة داخل الصدر معرضا لضغط اخف من الضغط الواقع على الدم الكائن فى الاوردة خارج هذا التجويف ومالت الرئة المرنة بانقباضها على نفسها وصغر حجمها واحداث تمدد فى الاوعية المحيطة بها وكانت قوة جذب الرئة تتزايد عند كل شهيق عميق فانه بازدياد تمددها تزداد قوة جذبها ترتب على ذلك ولابد ارتقاء هذه القوة الجاذبة الى أشد الدرجات وهروع الدم من الاوردة خارج تجويف الصدر الى الاوردة الكائنة فى هذا التجويف متى اجتهد شخص فى فعل شهيق عميق وكان المزمار متضايقا ولا يحصل كل من السيانوز وعوق استفراغ الاوردة الدماغية بهذه الكيفية البتة بل ولابد أنها تحدث نتيجة مخالفة لذلك بالكلية

وليس الامر كذلك بالنسبة لتوزيع الدم متى كان كل من الشهيق والزفير معوقا فان تضايقت فوهة المزمار جدا بواسطة الاغشية الكاذبة بحيث لا يمكن الا دخول جزء قليل من الهواء فى الرئتين ولا يخرج منها الا جزء قليل أيضا وحصل اتمام كل من الشهيق والزفير بجميع مجهودات المريض غلب تأثير الزفير الشاق على تأثير الشهيق الشاق بالنسبة لاستفراغ الدم ورجوعه الى تجويف الصدر وبذلك يحصل السيانوز الشديد بحيث ان فعلت عملية القطع الحنجرى فى هذا الدور حصل من امتلاء الاوردة العنقية تعسر عظيم فى اجراء هذه العملية

وحيث ان التبادل الغازى الرئوى يتعلق على الخصوص بتجدد الهواء فى الحويصلات الرئوية وان الدم لا يتخلى عما احتوى عليه من حمض الكربون ويأخذ الاوكسيجين الا بشرط أن يكون الهواء الموجود فى الخلايا

الرئوية أقل احتواء على حمض الكربون وأكثر احتواء على الأوكسيجين منه في الدم الموجود في الأوعية الشعرية المحيطة بالخلايا الرئوية كانت نتيجة التنفس الغير التام في الذبحة الغشائية التبادل الغازي الغير التام في الخلايا الرئوية بحيث ان حمض الكربون الذي يتكون على الدوام في الدم لا يتصاعد منه ويخرج الى الخارج لكثرة احتواء الدم الموجود في الخلايا الرئوية عليه وتشبعه به فالاعراض المذكورة هي عين التي تحصل من استنشاق شخص لحمض الكربون وانما يحصل التسمم بحمض الكربون في السعال الديكي من الحمض المتكون في الدم واما في احوال استنشاقه فالتسمم فيه يحصل من استنشاق الغاز الآتي من الخارج

وحينئذ يحصل في الغالب الانتهاء المحزن بعد ظهور الشلل التدريجي العام الناتج عن التسمم بحمض الكربونيك ويندر ان يكون حصول الموت فجائيا عقب انفصال الاغشية الكاذبة وسدها لسان المزمار ومنع دخول الهواء منعا فجائيا فيحصل الموت بالاختناق

وفي الاحوال التي فيها ينتهي هذا المرض انتهاء حميدا يحصل التحسين تارة حصولا تدريجيا بان يقذف زمنا فزمنا نفث لزج مختلط بندف غشائية منعقدة كثيرا او قليلا ويصير السعال سهلا ويرتفع الصوت وتزول اعراض الخدر العمومي عقب انتظام حركات التنفس وتارة وهو نادر جدا يحصل حصولا فجائيا عقب انقذاف أغشية كاذبة عظيمة بحركات السعال او التي تكون على شكل الانابيب فالتنفس الذي كان صعبا للغاية يصير سهلا دفعة واحدة وينجو الطفل من الخطر العظيم الذي كان مهددا له ان لم ينسد المزمار ثانيا بتكون أغشية كاذبة أخرى أو حصل فوران جديد في الالتهاب وأوزيما في عضلات الحنجرة

وكثيرا ما تهلك الاطفال عقب انتهاء هذا المرض سيما عند استمراره زمنا طويلا باحتقان الرئة أو أوزيماها او بالنزلات الشعبية الشديدة وعدم نجاح القطع الحنجري في أحوال هذا المرض المتقدمة يتسبب بدون شك عن هذه المضاعفة الملازمة التي هي من النتائج الضرورية لهذا المرض فانه متى تمدد الصدر واتسعت الحويصلات الرئوية بدون دخول كمية كافية من

الهواء فيها نتج عن ذلك رقة الهواء المحتوية عليه الشعب والحويصلات الهوائية فالغشاء المخاطي للشعب وباطن الحويصلات الرئوية يكون في الذبحة الغشائية كالجلد الظاهر الموضوع عليه محجم ومن المعلوم ان الاحتقان والارتشاح من النتائج الضرورية الحصول لزوال ضغط الهواء وتناقصه الواقع على جدر الاوعية الرئوية الشعرية وبذلك يوجه اصطحاب السعال الديكي بالنزلة الشعرية على الدوام

والذي يظهر لي ان ماذكره الطبيب (بون وجوهارد) برسالتيهما على السعال الديكي من انه يعقب على الدوام هذا المرض المضيق للحنجرة التهاب شعبي بعد قليل مما يؤيد الارتباط السببي بين هذين المرضين دون كل من الالتهاب الرئوي والشعبي الليفي الذي يضاعف الذبحة الحنجرية الغشائية في بعض الاحوال وقد ذكرت في أول جملة من هذا الكتاب عند الكلام على الالتهاب النزلي ان هذا الالتهاب ينشأ على الدوام في الاحوال التي فيها يحصل امتلاء دموي في اوعية الاغشية المخاطية مهما كان السبب اعتبار باقي أشكال الالتهاب واما ارتقاء الاحتقانات البسيطة أو نتيجتها فهو خطأ عظيم وأما كون خطر الالتهاب الحنجري الغشائي يزيد ازديادا عظيما باصطحابه بالنزلة الشعبية فامر معلوم واما القول بان الموت في السعال الديكي الحقيقي ينشأ على الدوام من الالتهاب الشعبي فقط أو الشعبي الرئوي فهو بلاشك من المبالغات واما اعراض السعال الديكي التابعي الذي يحصل في أثناء سير الحصبة والقرمزية والجدري وغيرها من الامراض التسممية التي منها الدفتيرية الوبائية فسنتكلم عليها عند الكلام على الامراض المذكورة

(التشخيص)

مما تقدم من بيان اعراض هذا المرض وسيره اتضح لنا المشابهة بينه وبين الالتهاب الحنجري النزلي واتضح لنا أيضا الفرق بينهما لكننا ننبه على أن وجود اغشية كاذبة في البلعوم مهم جدا في تشخيص هذا المرض كخروج اغشية كاذبة بحركة السعال او القيء وان عسر التنفس في الالتهاب الحنجري النزلي نادر وبرهي وان الالتهاب الحنجري النزلي في غالب الاوقات لا يكون مصحوبا بحمى واما الالتهاب الحنجري ذو الغشاء الكاذب فيكون مصحوبا بها

•(الحكم على العاقبة)•

الاطفال الذين جاوزوا السبع سنين يمكن أن ينجوا من اشكال هذا المرض الثقيلة واما من دونهم فى هذا السن فيكون هذا المرض فيهم خطر للغاية وقد ذكرنا فيما تقدم ان كثرة نجاح المعالجة التى يتباهى بها كثير من الاطباء تكون فى الغالب ناشئة عن اختلاط فى التشخيص ومن المثبت ايضا ان ظهوره هذا المرض ظهورا وبائيا يصيره أشد خطرا وصاحبة الذبحة الغشائية الحنجرية للالتهاب البلعومى ذى الغشاء الكاذب ان لم تكن قاتلة على الدوام لا ينكر انها تزيد فى خطر هذا المرض

وكل من الضجر والقلق وامتلاء النبض واحمرار الوجه وبحة الصوت اوفقده بالكلية أقل خطرا من العلامات الابتدائية لتسمم الدم فانه متى صار وجه الطفل باهتا وبهتت شفتاه ايضا وصار فى حالة تعس وضعفت حواسه واضطربت ولم تؤثر عنده القيئات اوحصل له فى غذائى لا يتعشم الطبيب بالنجاح الا فى بعض احوال قليلة

•(المعالجة)•

اما المعالجة الواقية للالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب فتستدعى عين الوسايط التى أوصينابها فى المعالجة الواقية فى الالتهاب الحنجرى النزلى فلا ينبغى حجز الاطفال الذين أصيبوا بهذا المرض مرة أخرى ونجوا منه فى أودهم على الدوام كما انه لا ينبغى الافراط بكثرة التدثر بالملابس ثم ينبغى عند وجود الاستعداد لهذا المرض صيانتهم عن تأثير الرياح الشمالية والشمالية الغربية الشديدة بدون الاغترار باشعة الشمس ومنعهم عن المكث فى الحارات بعد غروب الشمس والايصا بغسل العنق والصدر بالماء البارد ثم تجفيفهما تجفيفا جيدا سريعا فان هذه الواسطة من الوسايط العظيمة لوقاية الاطفال من هذا المرض عند وجود الاستعداد للاصابة به

واما المعالجة السببية فلا يمكن اتمامها لانها فى معظم الاحوال حيث ان سبب السعال الديكى خفى فى الغالب وحيث ان العوام يعتقدون ان هذا المرض انما ينتج عن تأثير البرد يبادرون باستعمال المعرقات متى حصل عند الطفل بحة فى الصوت بان يعطى الطفل اللبن الفاتر بكمية عظيمة ويفضلونه على

المنقوعات العطرية المعرقة كمنقوع البلسان ويدثر بالملابس الدفئة حتى يحصل التعريق فانه من المعتقد عندهم انه متى حصل تعريق غزير للطفل نجا من هذا المرض الخطر وكذا الاطباء الذين يستعملون المعالجة بالماء البارد يزعمون حصول النجاح المتكرر من لف الجسم مع الاحتراس بملا آت مغموسة بالماء البارد ومعصورة عصرا جيدا قائلين انه يحصل من ذلك نجاح عظيم جدا فى كثير من الاحوال اذ بذلك يتأكد رجوع فعل الجلد اى التبخير الجلدى المنقطع وتأثير البرد فى الجلد وان جاز أن ينشأ عنه السعال الديكى الحقيقى الا ان التغير المرضى فيه ليس بسيطا جدا بحيث انه يزول بحصول تعريق الجسم واما فى احوال الالتهاب النزلى فلا مانع من حصول ذلك لان احتقان الغشاء المخاطى الذى يكفى بانفراده فى انتفاخه والتهابه التهابا نزليا يمكن ان يزول عقب احداث تنبيه فى الدورة الجلدية واحداث التعريق وبذلك يحصل التحويل على الجلد فيزول سبب الالتهاب النزلى من الغشاء المخاطى وحيث لا يمكن بالنسبة للعامة فى كثير من الاحوال تمييز الذبحة النزلية عن الذبحة الغشائية من اول الامر بل ويتعسر على الطبيب المندوب لطفل ابلا وكان عنده بحة فى الصوت وسعال خشن رنان وحصل له نوب ضيق فى النفس الوقوف على الحقيقة وتمييز هذين المرضين من بعضهما الا بعد اتباع سير المرض مدة من الزمن جاز الايصاء باستعمال المشروبات الفاترة ابتداء حتى تتضح أعراض المرض مع تدثر الطفل بالملابس الجيدة ووضع اسفنجة مبتلة بالماء الفاتر على العنق بعد عصرها جيدا

وحيث انه يظهر فى كثير من الاحوال سيما فى السعال الديكى الوبائى ان الالتهاب يمتد من البلعوم الى الغشاء المخاطى الحنجرى تستدعى المعالجة السببية ان الطبيب متى رأى بالحلق أغشية كاذبة على اللوزتين يلزمه الاهتمام باجراء معالجة قوية جدا فلا يقتصر فى مثل هذه الاحوال على ارسال العلق على العنق حيث ان مثل هذه الواسطة لا يقطع بنجاحها بل تزال الاغشية الكاذبة عن اللوزتين وتمس الاصقاع المريضة بالحجر الجهنمى مسا قويا فان هذه الواسطة اقوى الطرق العلاجية وانجعها وربما كان التأثير القابض للحجر الجهنمى على الغشاء المخاطى اقوى واسطة مضادة

للالتهاب
واما معالجة المرض نفسه فيوصى فيها كثير من الاطباء خصوصا فى القرى
باستعمال المقيئات وارسال العلق متى ظهرت العلامات الابتدائية لهذا
المرض ويقولون ان ارسال العلق خاصيته تنقيص الالتهاب والمقيئات
خاصيتها قذف الاغشية الكاذبة وتبعيدها من اول الامر وليس لاحد من
الاطباء جراءة على الانتظار والتأنى حتى تتضح عوارض مخصوصة تستدعى
وسايط علاجية مخصوصة وتجاريب الاطباء الاميوباتيين هى التى دلتنا
على ان الذبحة الحنجرية الغشائية قد تشفى عند الاطفال بدون استعمال
المقيئات وارسال العلق فان ارسال العلق على قاعدة القص أو العنق من
واحدة الى ثنتين عند طفل عمره أقل من سنة ويزاد فى عدده عادة على حسب
السنين مشكوك فى نجاحه بل قد يكون مضرا فى معظم الاحوال فان
ارسال العلق مؤسس على نظريات غير صحيحة وهى ان الاحتقان والالتهاب
معناهما واحد وان الاستفراغ الدموى الموضعى ينتج عنه حينئذ زوال
الالتهاب لكن الواقع ان الالتهاب لا يمكن قطع سيره بواسطة الاستفراغات
الدموية نعم بهذه الاستفراغات يمكن تنقيص الاحتقان التقممى الجانبى
من الاجزاء المحيطة ببورة الالتهاب فمتى حصل الالتهاب فى الغشاء المخاطى
الحنجرى ووقف الدم فى أوعيته الشعرية هرع بقوة الى الاوعية الشعرية
للمنسوجات المجاورة ونتج عن ذلك زيادة ارتشاح وانتفاخ واوزيما فيها
وحيث ان بعض خطر هذا المرض ينتج عن ذلك فمن الجائز انه متى كان مصيبا
لاطفال أقوياء البنية دمويين جاز ارسال بعض علق على قاعدة القص وهذه
هى الحالة الوحيدة التى يجوز ارسال العلق فيها ولا يسوغ مطلقا ارساله على
الحنجرة فان ايقاف النزيف فى هذا الجزء عسر جدا والاجود ان يرسل العلق
فى مثل هذه الحالة من يد الطبيب نفسه أو جراح متمرن عنده المام بايقاف
النزيف واما الاطفال الضعفاء البنية ذوو التغذية غير الجيدة فلا تستعمل
لهم هذه الواسطة فانها خطرة للغاية وذلك لان خروج الدم ينشأ عنه انحطاط
قوى الطفل بحيث لا يمكنه فيما بعد اجراء حركات التنفس العسرة وقذف
الاغشية الكاذبة لاسيما والاستفراغات الدموية لا قوة لها على منع تكون

هذه الاغشية الكاذبة

وأما استعمال المقيئات فمشكوك في تأثيره المحول في الذبحة الغشائية كما انه لا يؤمل حصول الفائدة في تأثيرها المعرق فلذا لا تستعمل الا اذا كان معظم ضيق النفس ناتجا عن تراكم الاغشية الكاذبة وسدها للمزمار ولم تكن مجهودات السعال عند الطفل كافية في ازالة هذا العائق وقد ذكرنا عند الكلام على بيان الاعراض ان عسر حركات الزفير ينتج غالبا من ضيق المزمار أو انسداده بسبب تراكم الاغشية الكاذبة فيه فيعتبر حينئذ هذا العرض من الدلالات القوية لاستعمال المقيئات وحيث ان تكون الاغشية الكاذبة يمكن ان يحصل بسرعة في ابتداء هذا المرض فمن الجائز في مثل هذه الحالة استعمال مقيء من الابتداء وأجود المقيئات في هذا المرض كبريتات النحاس فهي افضل من عرق الذهب والطرطير المقيء لكن ينبغي الاحتراس من استعمالها بمقدار صغير جدا فانه لا يؤثر تأثيرا أكيدا فيحدث حينئذ ظواهر تسممية دون ما اذا استعمل بمقدار عظيم لانه بان يحل من كبريتات النحاس من عشر قمحات الى خمسة عشر في أوقيتين من الماء أعني من خمسة ديسي جرام الى سبعة في خمسين جراما من الماء ويعطى من هذا المحلول ملعقة من ملاعق الشاى علاوة كل خمس دقائق الى ان يحصل القيء وكلما انحطت الاعراض بعد القيء انحطاطا واضحا وكانت كمية الاغشية الكاذبة المنقذفة كبيرة وجب تكرار اعطاء المقيء متى زاد عسر التنفس ثانيا وكان مكتسبا للوصف الذى بيناه فيما تقدم فان لم يحصل انحطاط في الاعراض بعد استعمال المقيء ولم تنقذف أغشية كاذبة ولم يوجد عسر في التنفس عند الزفير فلا يجوز تكرار المقيء أبدا وكثيرا ما تخطئ الاطباء في عدم التمسك بهذه القاعدة فطالما يعطى للاطفال محلول هذا الجوهر القوى التأثير بدون أن يحصل عندهم أدنى قيء ويرى انه يخرج من الشرج مخلوطا باللبن المنعقد ومع ذلك يستمرون على استعماله بدون تفطن ولا ادراك مع ان الطفل يتأذى منه غاية التأذى دافعا للملعقة بيده مبعدا فمه لما يحصل له من المغص والالم من هذا الجوهر بدون فائدة ولا قيء ويستعمل ايضا في هذا المرض بكثرة تأثير التبريد من الظاهر بوضع مكمدات باردة حول عنق الطفل وتغييرها بسرعة جدا مع الاجتهاد

وابدأ باستعمالها حالا متى ظهرت العلامات الابتدائية للسعال الديكى وهذه الواسطة وان فزع كثير من العوام وأهل الاطفال من استعمالها لضعف اعتقادهم فى تأثيرها لا تخلو عن عظيم منفعة ويظهر حقيقة ان استعمال التبريد على الجلد من الظاهر فى التهابات الاعضاء الباطنية كما أوصى به المعلم (كبوش) فى الالتهابات البريتونية النفاسية له تأثير لا واسطى مضاد للالتهاب ولو أن توجيه تأثيره فى التهاب الاعضاء الباطنة المغطاة بالجلد والعضلات ونحو ذلك عسر الايضاح لكن التجاريب هنا لها حق وتسلطن على التوجيهات الفسيولوجية واجمع معالجة الالتهاب الرئوى واما قول الاطباء الايدروباتيين اى المشتغلين فقط بالمعالجة بالماء البارد بان استعمال التبريد على الاعضاء الباطنة الملتهبة استعمالا موضعيا بدون استعماله استعمالا عاما فلا ينبغى التمسك به حيث ان ضرره اكثر من نفعه

وقد أوصينا فيما مر بمس الاغشية المخاطية بالحجر الجهنمى وذكرنا انه واسطة قوية لا واسطية مضادة للالتهاب ونوصى هنا ايضا باستعمال محلول الحجر الجهنمى مساعلى الغشاء المخاطى الملتهب وهذه الطريقة المنسوبة للماهر (بريتونو) قد ثبت نجاحها فى الطب العملى ثبوتا أكيدا ولاجل اجرائها يؤخذ قضيب منحن من شنب القيطس يثبت على احد طرفيه قطعة من اسفنج وتغمس فى محلول مركز من نترات الفضة بان يحل نصف درهم منها فى درهمين من الماء المقطر اعنى ٢ جرام على ٨ جرام من الماء المقطر ثم توجه الاسفنجة نحو فوهة المزمار بعد تنكيس قاعدة اللسان والفك السفلى فمتى وصلت الى هذا الجزء حصلت انقباضات عضلية بها تنعصر الاسفنجة وحينئذ لابد وان يدخل جزء من السائل فى الحنجرة ولو قليلا

واما الزئبق الحلو فتأثيره المضاد للالتهاب فى هذا المرض وان كان مشكوكا فيه زيادة عن تأثيره النوعى فيه لا ينكر نفعه الجيد فى معالجة السعال الديكى كثير من مشاهير الاطباء ولذا ينبغى استعماله من ربع قمحة الى نصف قمحة كل ساعتين (اعنى من ١ سنتيجرام الى ثلاثة) واما الطرطير المقيئ فاستعماله بمقدار صغير (اعنى ١ ديسى جرام على ٥٠ جراما) من الماء المقطر كل ساعتين ملء ملعقة صغيرة وكذا كبريتات النحاس قمحتين على أوقيتين (اعنى

١ ديسى جرام على ٥٠ جرامامن الماء) ويعطى منه ملعقة صغيرة من ربع ساعة الى ساعتين فى هذا المرض وليس له أدنى ثمرة بل يخشى منه كما دلنى على ذلك تجاريبى

واما كبريتات البوتاسا فاستعمالها بالكيفية الآتية بان يؤخذ منها ٥ ديسى جرام الى ١٠ على ٣٠ جراما من الماء مع ثلاثين جراما من الشراب البسيط (اعنى اوقية و يعطى من ذلك المخلوط مل ملعقة شاى كل ساعتين) فقد ترك الآن وصار فى زوايا النسيان ولو أوصى به من الاطباء (ريليه وبرتيز) وهما من مشاهير الاطباء فى معالجة امراض الاطفال كما ان الايصاء بتأثير كربونات الصودا بمقدار عظيم جدا مؤسس على تظريات لا على مشاهدات ناجحة فلذا لايعتمد عليه وقد أعطى هذا الجوهر الدوائى تصورا بانه يذيب الاغشية الكاذبة ويمنع انعقاد النضح المرضى الجديد ويحسن حالة الدم

وأما استعمال كلورات البوتاسا الممدوح بكثرة فى الدفتيرية الحلقية الوبائية وفى الذبحة الغشائية التابعية التى كثيرا ماتضاعف هذا المرض فيوصى باستعمالها من الاطباء الذين لايميزون بين الذبحة الغشائية التابعية أعنى الناشئة عن تسمم فى الدم و بين الذبحة الحقيقية الذاتية وليس عندى تجاريب فى تأثير هذا الجوهر الدوائى فى المرض الذى نحن بصدده لكن التجاريب لم تؤيد ذلك بالكلية الى الآن

ومتى ندب الطبيب لطفل مصاب بالذبحة الحنجرية الغشائية الابتدائية فلا ينبغى له أن يعتقد ان الطفل يهلك فى أقرب وقت اذا لم تجر عليه معالجة قوية للغاية بل الذى عليه ان يرتب المعالجة وينظمها بحسب الحالة المقتضية لذلك فيرسل العلق عند وجود الدلالات التى تقدم ذكرها مع مباشرة التزيف التابعى له وليقتصر فى الابتداء فى غالب الاحوال على الوضعيات الباردة حول العنق ولايتأخر الطبيب عن وضعها بيده حتى يرى أهل الطفل حصول الراحة عنده منها والاعتقاد فى منفعتها واذا كان مع الطفل امساك يؤمر له بحقنة ملينة لاجل سهولة حركات الحجاب الحاجز وأجودها المأخوذ من ثلاثة أجزاء من الماء و جزء من الخل ثم اذا ازداد عسر التنفس وتعسر الزفير

وجب اعطاؤه مقيئا بمقدار عظيم كما ذكرنا بدون ترك المكمدات الباردة
واذا استدعت حالة المريض تكرار القىء كرر فاذا لم يحصل انحطاط فى
الاعراض بالمعالجة المذكورة وجب استعمال محلول الحجر الجهنمى مساعلى
فوهة المزمار كل بعض ساعات ولا ينبغى للطبيب ان ينسى ان ساعات الصباح
فى الابتداء يحصل فيها فى كثير من الاحوال انحطاط فى الاعراض كما ان
ساعات المساء يحصل فيها ثوران عظيم بحيث تكون حالة الاطفال فى الليل
خطرة خطرا عظيما ومهما كانت درجة تحسين حالة الطفل لا ينبغى له ترك
الفراش وحرارة القاعة ينبغى تنظيمها بقياس الحرارة وتصييرها رطبة
بوضع اوان مملوءة ماء فيها و ينبغى اعطاء الطفل كل ساعتين نصف قمحة من
الزئبق الحلو وتقليل تكرار المكمدات الباردة ولف العنق بخرقة من صوف
وادامة استعمال محلول الحجر الجهنمى لكن فى ازمنة متباعدة عن بعضها
واذا حصل ثوران فى اعراض السعال الديكى فى الليلة التالية وجب تكرار
استعمال الوسايط المذكورة

ثم اذا لم تثمر هذه المعالجة ولم يحصل تحسين فى حالة الطفل المريض فى ظرف
عشر ساعات أو اثنتى عشرة ساعة لا ينبغى ضياع الزمن باستعمال كل من
كبريتور الانتيمون وثانى كربونات الصودا وكلورات البوتاسا والسنيجا
وغيرها من الجواهر المنفثة بل ينبغى المبادرة بفعل القطع الحنجرى وكلما بودر
باجراء هذه العملية ازداد الفشم فى ان كلا من انزلات الشعبية واحتقان
الرئتين وأوذيماها لا يكدر نجاح العملية وعدم جودة نجاح هذه العملية
فى كثير من الاحوال لا يلجئنا الى عدم فعلها متى لم تنجح الوسايط العلاجية
السابق ذكرها فان الموت الحاصل ولو بعد فعلها يكون أقل ايلاما للطفل
وأقل حسرة لمن حوله من أهله اذا لم تفعل فانه يكاد يحصل على الدوام بعد
اجرائها تحسين وقتى واضح وهدو تام ولو فى الاحوال التى تأخر اجراؤها فيها
ولم تعقب بالنجاح

(تنبيه) اجراء هذه العملية فى الاحوال المتقدمة من هذا المرض مؤلم
ومفزع للغاية لمن حول الطفل من أهله زيادة عن عدم النجاح فيها ولذا قال
الشهير (بلروت) ان الطبيب الذى يمتنع من فعل هذه العملية فى مثل هذه

الاحوال حقا فى ذلك

وأما المعالجة العرضية فيلتجأ فيها زيادة عن الوسايط العلاجية التى ذكرناها لاجل مقاومة ضيق النفس والمرض نفسه الى مراعاة ظواهر الشلل التى ذكرنا انها تنتج عن تسمم الدم بحمض الكربونيك وأقوى الوسايط العلاجية المنبهة التى مدحت هنا كما مدحت فى التسمم ببخار الفحم صب الماء البارد على الطفل وهو فى حمام فاتر ولا ينبغى اهمال استعمال هذه الطريقة متى وجد فى الطفل تنعس وضعف فى الحواس وابرودة فى الجلد ولم تثمر المقيئات الموصى باستعمالها فى مثل هذه الحالة ومن المشاهد أن صب سطلين من الماء البارد من ارتفاع مناسب على رأس الطفل وظهره ينتج منه غالبا استيقاظ الطفل وتقوية السعال عنده بل كثيرا ما تقذف بعد الحمام أغشية كاذبة وأقل من ذلك نجاحا الجواهر المنبهة التى لا يسوغ استعمالها الا اذا منع الطبيب بالكلية من اجراء صب الماء بسبب الاعتقادات الفاسدة المتسلطنة على عقول العامة وتلك الجواهر هى الكافور والمسك بأن يعطى منهما مقدار عظيم قبل استعمال المقيئات بأن يؤخذ ٥ ديسى جرام (اى عشر قمحات) من الكافور وعشر جرامات من الايتير الخلى أعنى ٣ دراهم ويعزجان ويستعمل منهما كل ربع ساعة من عشر نقط الى خمسة عشر فى قليل من الماء المحلى ويؤخذ من المسك أربع قمحات على درهم من السكر (أعنى ٢ ديسى جرام على ٣ جرام من السكر) ثم يعزجان جيدا ويقسمان خمسة أوراق ويعطى للمريض من ربع ساعة الى ساعة ورقة وكذا تستعمل اللبخ الخردلية على الساقين والقدمين والابزن اليدية والذراعية الساخنة بقدر ما تحملها الاطفال والحراريق الطيارة على الصدر والقفا لاجل مساعدة المنبهات المستعملة باطنا ولاجل التحويل من الحنجرة نحو الجلد ونحن وان لم نعتقد ان هذه الوسايط ذات منفعة عظمى فى الذبحة الغشائية لكننا نستعملها عند عدم الوسايط الاقوى منها نجاحا خصوصا فى الاحوال التى تستطيل مدتها وتحسن تارة ثم تتثاقل أخرى والتى لم تنجع الوسايط السابقة فيها ولم نقدم فيها على القطع الحنجرى وقد أوصى المعلم (بريتونو) لاجل تقوية الحراريق الطيارة بدهنها بطبقة من الزيت المخلوط به الذراريحين وتغطيتها

قطعة من الورق الرقيق جدا قبل وضعها

(المبحث الثالث فى القروح الحنجرية النزلية)

(كيفية الظهور والاسباب)

متى امتد تكون الخلايا الجديدة الذى يحصل على سطح الاغشية المخاطية فى أحوال الالتهابات النزلية الحادة والمزمنة الى جوهر الغشاء المخاطى نفسه وأحدث فيه التلاشى والتقرح تكون عن ذلك فقد جوهر سطحى وهو التقرح أو التسلخ النزليان وكيفية حصول ذلك سهلة الادراك متى حصل التأمل لما ينشأ على سطح الجلد من التغيرات المماثلة لذلك فانه ان وضع منفط مثلا على سطح الجلد وارتفعت البشرة على شكل فقاعة تكدر السائل الموجود فيها بعد مضى بعض أيام باختلاطه بخلايا جديدة تتكون على سطح الجلد من تولد مرضى للاخلية البشرية الغائرة ويبقى منسوج الجلد سليما فان وضع جوهر مهيج كمرهم مثلا على سطح الجلد العارى عن بشرته امتد تكون الاخلية الجديدة من السطح الظاهر الى جوهر الجلد نفسه وأحدث فيه تلاشيا ونتج عن ذلك قرحة جلدية سطحية تشبه بالكلية القرحة السطحية التى تحصل فى الغشاء المخاطى المعروفة بالقروح النزلية

وفى أحوال أخرى يصير بعض الاجربة المخاطية الموجودة بكثرة فى الحنجرة محلا لتكون أخلية جديدة كثيرة فتنتفخ انتفاخا عظيما وينفجر جدرها الظاهر ويستفرغ متحصلها فيشاهد محل هذه الاجربة فقد جوهر مستدير والسبب فى ذلك انتفاخ الغشاء المخاطى وضخامته بحيث ينتج عنه تحول فوهات الاجربة وانسدادها وتهيجها بواسطة الافراز المتجمع فيها وهذا هو الشكل الثانى من القروح النزلية أعنى القروح الجرابية

ومن النادر حصول القروح النزلية فى اثناء سير الالتهابات النزلية الحادة الحنجرة وأما حصولها فى اثناء سير الالتهابات النزلية المزمنة لهذا العضو فكثير وخصوصا الالتهاب الحنجرى البلعومى النزلى الجرابى الذى يعترى الاشخاص الذين يتكلمون بصوت جهورى كالخطباء والمغنين والمدمنين على شرب التبغ أو المشروبات الروحية وتحصل هذه القروح النزلية بكثرة أيضا فى الاشخاص المصابين بالسل الرئوى بقطع النظر عن الاصابة الدرنية

الحنجرة ومن الواجب ذكره ان المعلم (ترك) كثيرا ما وجد قروحا نزلية فى الحنجرة تكاد تكون غير محاطة بادنى اثر من التغيرات النزلية للغشاء المخاطى الحنجرى

ويوجد فى الحنجرة بعض محال تظهر فيها القروح الحنجرية النزلية بكثرة وذلك كالجدار الخلفى من الحنجرة والاربطة الدرقية الترجهالية والاطراف المقدمة والخلفية من الاحبال الصوتية ولسان المزمار خصوصا فى جزئه المقابل للاحبال الصوتية والغضروف الترجهالى وذلك لان المحال الابتدائية كثيرة الاجربة المخاطية ومنسوج الغشاء المخاطى فيها اهش لقلة الالياف المرنة فيه واما وجود القروح المذكورة فى المحال الاخيرة فانما ينتج عن سبب ميخانيكى فان الاحبال الصوتية تتقارب الى بعضها عند التكلم بصوت عال بحيث تتلامس اطرافها بعضها ومتى كان الغشاء المخاطى المغشى لها فى حالة انتفاخ نزلى حصل احتكاك دائم عند التكلم ينتج منه تسلخ وتقرح فى هذه الاصفار كما قاله المعلم (لوين)

(الصفات التشريحية)

اما التقرحات النزلية فانها تظهر ابتداء على شكل مستدير أو خطى تابع لسير الالياف المرنة وفيما بعد تختلط ببعضها بحيث يتكون عنها فقد جوهر ممتد غير منتظم واما القروح الجرابية فانها تحفظ شكلها المستدير ولو مع طول مدتها ولا تظهر ميلا للامتداد فى الاتساع بل فى العمق وتؤدى بسهولة لاصابة الغضاريف ومن النادر انضمام جملة منها الى بعضها بحيث يحصل فقد جوهر عظيم فى الغشاء المخاطى للحنجرة وتمثل فيها اعنى السل الحنجرى النزلى

والقروح الحنجرية النزلية التى تبتدئ من الاطراف المقدمة او الخلفية للاحبال الصوتية فى الحنجرة تمتد احيانا على طول معظم احد الاحبال الصوتية او جميعها وهو الغالب وفى بعض الاحوال يكون فقد الجوهر سطحيا جدا بحيث تظهر الاحبال الصوتية كأنها منبرية واحيانا أخرى يعظم تهتكها جدا وقد شرح المعلم (لوين) نوعا من القروح الحنجرية النزلية التى تظهر على السطح السفلى من الاحبال الصوتية وذكر انه لا يشاهد من هذه

القروح مدة الحياة الا انها الوحشية على شكل ثنية صغيرة فى الغشاء المخاطى وتظهر انها منبثة أسفل موازاة غشاء الاحبلة الصوتية العليا وكثيرا ما توجد فى المرضى المصابة بالسل الرئوى تقرحات نزلية خفيفة لا يندر ان تكون مخاطية بتولدات قطرية صغيرة فى جزء الغشاء المخاطى الحنجرى المغشى لنتوآت الاحبلة الصوتية والغضاريف الترجهالية بحيث ان هذه التقرحات التى لا تشاهد الا بالمرآة الحنجرية ولا ترى فى الاشخاص السليمة البنية تعتبر من العلامات الواصفة للسل الرئوى

(الاعراض والسير)

اعراض النزلة الحنجرية المزمنة لا تتغير بواسطة مضاعفة هذا المرض بالقروح الحنجرية النزلية تغيرا عظيما لكن من الامور المقربة للظن بوجود قروح فى الحنجرة أن ينضم الى الاعراض النزلية الحنجرية المزمنة التى تشور زمنا فزمنا وترتقى حتى ينطفئ الصوت بالكلية والى السعال الابح الموجود من مدة طويلة الاحساس بألم محرق أو بجرح فى باطن الحنجرة يزداد تشكى المريض به عند التكلم والسعال لكن هذا العرض الذى يصير احيانا متعبا للغاية بحيث يمنع المرضى من التكلم او يلجئهم الى التكلم بدون حركات فى أحبلة الصوت فيتكلمون بدون صوت كثيرا ما يفقد ولو مع وجود تقرحات ممتدة فى الحنجرة ويقوى الظن بوجود القروح الحنجرية ان انضم لاعراض النزلة الحنجرية المزمنة عسر والم فى حركات الازدراد فان هذا العرض أيضا لا يفقد مطلقا متى كان مجلس التقرح فى لسان المزمار او الاربطة الترجهالية اللسانية المزمارية او الغضاريف الترجهالية ومع ذلك حيث ان هذا العرض يشاهد فى أحوال النزلات الحادة البسيطة الشديدة جدا فى الحنجرة التى مجلسها فى المحال السابقة فلا يمكن به الحكم مع التأكيد بوجود تقرحات فى الحنجرة وانما الذى يرتكن اليه فى تشخيص القروح الحنجرية النزلية بقطع النظر عن مشاهدتها بالمرآة الحنجرية هو اختلاط النفث القليل ببعض مواد دموية على هيئة اشرطة دقيقة ومن العلامات المهمة المدركة بالنظر هيئة الغشاء المخاطى للحلق والبلعوم فقد دلت التجاريب على ان القروح الجرابية للحنجرة تصطحب غالبا بقروح تماثلها فى البلعوم فحينئذ متى وجد

فى مريض مصاب من مدة زمن طويل ببحة فى الصوت وغيرها من اعراض النزلة الحنجرية المزمنة ان الغشاء المخاطى للوجه الخلفى من اللهاة والبلعوم مرصع بقروح صغيرة مصفرة جاز الظن بان النزلة الحنجرية المزمنة أدت الى حصول تقرحات جرابية فى هذا العضو ثم ان اغلب القروح الحنجرية النزلية يمكن مشاهدتها بالمنظار الحنجرى لاسيما اذا كان مجلسها اللسان المزمار اوالغضاريف الترجهالية اوالثنيات الترجهالية اللسانية المزمارية اوالاحبلة الصوتية الصادقة اوالكاذبة

(المعالجة)

معالجة القروح الحنجرية النزلية هى عين معالجة النزلة الحنجرية البسيطة كما ان العادة جرت بان المعالجة لاتتغير اذا اصطحبت الالتهابات النزلية فى اغشية مخاطية اخرى بالتقرحات النزلية وان كان لاينكران شفاء القروح النزلية يحصل بسرعة اذا لم يعم تأثير الجواهر الدوائية المستعملة جميع سطح الغشاء المخاطى بل متى كان تأثير هذه الجواهر الدوائية فى شكل مركز على سطح القروح نفسها بدون واسطة ولذا ينبغى لكل طبيب ماهر فى استعمال المنظار الحنجرى يسهل عليه مس القروح الحنجرية بنترات الفضة او بمحلولها المركز اجراء هذه المعالجة بدلا عن السابقة فى مبحث النزلة الحنجرية وهى طريقة الرزز بمحلول الحجر الجهنمى أو الشب ومع ذلك فلا ينبغى اهمال الوسايط الصحية والدوائية التى أوصينا بها فى مبحث النزلة الحنجرية والاركان فقط الى المعالجة الموضعية بالكاويات والرززفان اهمال ذلك فيه ضرر عظيم للمريض ويخل بثمرة نجاح تلك الطريقة العلاجية المستجدة فان شفاء بعض القروح الحنجرية باستعمال مياه أمس وصيانة الغشاء المخاطى الحنجرى من المؤثرات المضرة وراحته بامتناع التكلم جملة أسابيع بعد ان صارت معالجتها بدون فائدة من الاطباء المختصين بأمراض الحنجرة بواسطة المرآة الحنجرية انما هو ناشئ عن تفهيم المريض أن النجاح فى المعالجة الموضعية بكى الحنجرة لافى خلافها

(المبحث الرابع)

(فى القرحة الحنجرية التيفوسية والجدرية)

(كيفية الظهور والاسباب)

اما القرحة الحنجرية الديفوسية فكانت تعتبر تبعا للمعلم (روكتنسكى) انها تنشأ عن ارتشاح ابى فى الاجربة المخاطية الحنجرية يعقبه تكون خشكريشة وانها هى عين الاصابة الديفوسية المعوية التى تصيب الغدد المعوية المتفرقة والمجتمعة لكن حصول هذه القروح بهذه المثابة وان لم ينكر ليس هو الوحيد ولا الاكثر حصولا بل ان المؤلف نفسه نسب حصول القروح الديفوسية الحنجرية الى ارتشاح دفتيرى اى غشائى تقرحى يحصل فى الغشاء المخاطى الحنجرى وفى الحقيقة وجود هذه القروح فى الاجزاء الاكثر انحدارا من الحنجرة يطابق التى بها يسهل حصول الاحتقانات الانحدارية كما يحصل ذلك فى الاجزاء الاكثر انحدارا من الرئتين والجلد عقب استطالة الوضع المستلقى المستطيل على الظهر والقسمين الحرقفيين كما ان هذا الرأى يثبت من مشاهدة المعلم (ربل) الذى تحقق له وجود القروح الحنجرية فى التيفوس الطفحى الذى هو مرض مخالف بالكلية للتيفوس البطنى فلا تحصل ارتشاحات الغدد المعوية وتقرحها وانفصالها بل لا توجد فيه الا التهابات نزلية والتهابات ذات أغشية كاذبة ودفتيرية وقروح حنجرية مشابهة بالكلية للقروح الحنجرية التى تحصل فى هذا العضو فى اثناء سير التيفوس البطنى

ثم ان التسمم بالسم الحصبى ينتج عنه فى الغالب التهاب نزلى فى الحنجرة او التهاب ذو غشاء كاذب وهو نادر واما التسمم بالسم القرمزى فانه ينتج عنه امتداد الالتهاب الدفتيرى من الغشاء المخاطى الحلقى الى الحنجرة بخلاف التسمم بالسم الجدرى فانه ينتج عنه التهاب بثرى فى الغشاء المغشى لهذا العضو فالقرحة الجدرية تنتج عن امتداد الطفح الجدرى الكائن على الجلد والاغشية المخاطية من الفم والبلعوم الى الحنجرة فهى عبارة عن طفح جدرى فى الحنجرة يتضاعف غالبا بالتهاب ذى غشاء كاذب مغشى فى الغشاء المخاطى المغشى لهذا العضو اى بالذبحة الغشائية التابعية

(الصفات التشريحية)

القرحة الحنجرية السفوسية تظهر فى الحنجرة على شكل فقد جوهر محدود بحواف رخوة متغيرة اللون ومجلسها الجدار الخلفى من الحنجرة على العضلات الحنجرية المستعرضة وعلى الحوافى الجانبية للسان المزمار وقطر هذه القرحة بعض خطوط وقد تتسع احيانا وتأخذ فى الغور احيانا أخرى فينتج عنها فى الحالة الاولى تقرح فى الحوافى السائبة للسان المزمار اوتنكرز فى الغضاريف الحنجرية عقب التهابها وتعريها فى الحالة الثانية واما القروح الجدرية فانها تبتدئ بتكوين بثور سطحية رخوة غير سرية تنفجر بسرعة فيخلفها قروح سطحية مستديرة سهلة الشفاء والنضح الغشائى الليفى الذى يوجد بجوار البثور الجدرية واحيانا بانفراده فى الحنجرة تبعا لمشاهدات المعلم (ربل) يظهر على سطح الغشاء المخاطى الحنجرى المنتفخ قليلا فى الابتداء ويكون على هيئة غشاء كاذب رقيق وبعد انفصال هذا الغشاء الذى يمتد احيانا نحو تفرع الشعب يظهر الغشاء المخاطى سليما ماعدا بعض تقرحات او تسلخات قليلة فيه

(الاعراض والسير)

اما القرحة السفوسية الحنجرية فانه اذا لم ينشأ عنها انتفاخ واسترخاء فى الاوتار الصوتية يمكن أن لا تتغير نغمة الصوت منها وذلك بالنظر لمجلسها الاعتيادى ويكون الالم فى الغالب قليلا أو معدوما بالكلية وعلى كل حال فالمرضى لا تتشكى به غالبا لانهم يكونون ذوى هبوط وخدر عظيم ولذا يكثر ان لا تعرف القرحة السفوسية الحنجرية مدة الحياة فلا تشاهد الا فى الجثة بالصدفة (ولذا ينبغى للطبيب عند وجود مرض سفوسى ثقيل البحث عن الحنجرة ولو لم توجد اعراض مدة الحياة دالة على اصابة هذا العضو) واما اذا نشأ عنها انتفاخ واسترخاء فى الاوتار الصوتية فان نغمة الصوت تتغير وتوجد بحة واضحة وعندما تكون حالة الخدر قليلة توجد عند المرضى نوب سعال قوية ويكون السعال خشنا ابح غير رنان ومع كون هذه الظواهر غير خاصة بالقرحة السفوسية بل بالاصابة النزلية للغشاء المخاطى الحنجرى للاوتار الصوتية الناتجة عن تلك القروح لا يعسر تشخيص القرحة المذكورة فى هذه الاحوال خصوصا اذا كان حصول هذه الظواهر فى الاسبوع الثانى

اوالثالث من ابتداء ظهور المرض التيفوسى المسمى بالتيفوس الحنجرى والقرحة التيفوسية وان كانت قليلة الاهمية فى حد ذاتها قد تكون خطرة من حيثية التنفس سيما اذا نتج عنها أوذيما المزمار أو التهاب غضروفى حنجرى اوشلل اوالتصاق جزئى فى الاحبلة الصوتية

(تنبيه) اعلم ان القروح التيفوسية للحنجرة سواء كانت ناشئة عن ارتشاح لبى فى الاجربة المخاطية فى الحنجرة ولينها وتقرحها اوعن التهاب دفتيرى فى الغشاء المخاطى الحنجرى وهو الغالب اكثر ما تشاهد فى احوال التيفوس البطنى المعروف عند أطباء الفرنساوية بالحمى التيفويديه خصوصا نحو الادوار الاخيرة من هذا المرض بحيث انها تكاد توجد فى خمس الاحوال بل ازيد كما انها تشاهد فى احوال التيفوس الطفحى سيما عند تسلطنه تسلطنا وبائيا كما شاهدت ذلك مرارا مدة تسلطن وباء هذا المرض فى مصر سنة ١٢٨٠ وأما فى أحوال الحمى التيفوسية التى يكثر وجودها فى قطرنا وفى كثير من بلاد المشرق والمسماة بالنوشة بما فيها الشكل الصفراوى الذى سماه المعلم جرى سنجر بالتيفويد الصفراوى فان أصابة الحنجرة فيها قليلة بالنسبة للنوعين السابقين من التيفوس كما دلتنى على ذلك المشاهدات العديدة فى هذا المرض ولو قال المعلم المذكور انه يوجد احيانا فى هذا المرض قروح حنجرية تشبه بالكلية التى تحصل فى الحنجرة فى احوال التيفوس البطنى حتى انه ذكر أنه شاهدها فى ١٣ مرة فى مائة وواحدة من الصفات التشريحية التى فعلها فى هذا المرض

واما القروح الجدرية فاعراضها كاعراض الالتهاب الحنجرى النزلى الاولى ولولا وجود الطفح الجدرى على الجلد وفى الفم والحلق لما أمكن تمييز هذين المرضين عن بعضهما

واما الذبحة الغشائية الجدرية التابعية فيحدث عنها كالذبحة الغشائية الحنجرية الاولية بحة فى الصوت وانطفاؤه بالكلية وفيها يكون السعال خفيفا اولا يكاد يوجد كما انه يندر مشاهدة ضيق التنفس وعسره الذى يصاحب الذبحة الغشائية الاولية الحقيقية اما لكون الاغشية الكاذبة هنا قليلة الثخن بحيث لا تضيق اتساع الحنجرة اولان اوذيما عضلات الحنجرة

وشللها المتعلق به ما فى كثير من الاحوال ضيق التنفس فى الذبحة الغشائية الحقيقية الاولية يفقدان فى هذا المرض التابع الجدرى

(المعالجة)

القروح الجدرية والتيفوسية تشفى عادة بشفاء المرض الاصلى الناتجة عنه فلا حاجة لذكر معالجة مخصوصة لها ما لم تصطحب باوذيما لسان المزمار او بالتهاب فى الغضاريف الحنجرية او بالتصاق او شلل فى الاحبلة الصوتية

(المبحث الخامس فى القروح الزهرية الحنجرية)

مبحث الاصابات الزهرية للحنجرة حصل فيه تقدم وتنوع عظيم بواسطة استكشافات المنظار الحنجرى فقد أثبت كل من المعلم (جيرهرد) و(رودت) كثرة وجود الآفات الافرنجية بهذا العضو اكثر مما كان يظن سابقا وذلك لانهما وجدا عند البحث عن اشخاص عديدة مصابة بالداء الزهرى ولم تتشك بظواهر مرضية فى الحنجرة كثيرا من الاصابات الزهرية المعروفة بالاشكال الزهرية الثانوية كالالتهابات النزلية الزهرية والدرن العريض او اللطخ المخاطية والقروح البسيطة فى الحنجرة زيادة عما يشاهد فى هذا العضو من الاشكال المعروفة بالثلاثية لهذا المرض وهى عبارة عن تهتكات وقروح ممتدة فى هذا العضو وحيث ان كثيرا من المرضى ينسب ابتداء مرض الحنجرة الى تأثير البرد فقد يجوز لكل من الطبيبين السابقين ان اصابة هذا الداء للحنجرة اصابة موضعية انما يبتدئ احيانا باصابات نزلية فى هذا العضو

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التى تعترى الحنجرة من الداء الزهرى تكون احيانا عبارة عن التهابات نزلية بسيطة تشابه بالكلية الذبحة البلعومية الزهرية البسيطة والنزلة الحنجرية الزهرية البسيطة وان لم يمكن تمييزها عن غيرها من الالتهابات النزلية للحنجرة بالنسبة للتغيرات التشريحية المدركة غير ان حصولها عقب قرحة افرنجية اولية ومدتها وزوالها بالمعالجة الزئبقية يدل على طبيعتها الزهرية وارتباطها بالتسمم الزهرى المفنى

واحيانا وهو الغالب يكون هذا التغير الزهرى عبارة عن درن او لطخ عريضة تشاهد فى الحنجرة وهى تكون ارتفاعات مسطحة ويظهر على سطحها الظاهر

طبقة بشرية مبيضة ثخينة مسترخية كالتى تشاهد على سطح الدرن واللطخ العريضة التى تظهر فى الفم والحلق والمجلس الغالب للدرن العريض هو الاحبلة الصوتية ومع ذلك فقد تشاهد فى بعض محال أخرى كالجدار الحلقى فى الحنجرة فوق الغضاريف الترجهالية والثنيات الترجهالية اللسانية المزمارية

واندر مشاهدة مما تقدم القروح الحنجرية الثانوية البسيطة بحيث لم تذكر فى المشاهدات العديدة للمعلم (جيرهرد) و(روت) مع اللطخ العريضة للحنجرة وقد ذكر هذان المعلمان ان تشخيص هذا النوع من القروح غيرا كيد وغير واضح وماذاك الالان كلامن القاع الشحمى المصفر والتولدات التى توجد حول هذه القروح تشاهد ايضا فى غيرها من القروح الحنجرية ثم ان القروح الحنجرية البسيطة تشاهد فى محال مختلفة من الحنجرة كلسان المزمار والاحبلة الصوتية الصادقة والكاذبة وفى قاع الحنجرة ولا يلزم مصاحبتها لقروح زهرية على الدوام فى الحلق بل مضاعفتها لها ليست بكثرة

وبالجملة فلنذكر ايضا القروح الحنجرية الثلاثية المعروفة قديما وتمتد عادة فى العمق امتدادا عظيما وينتج عنها تهتكات عظيمة فى هذا العضو كالتى تحصل فى الجلد عقب اللوبوس الزهرى أى القروح القارضة الزهرية ويظهر انها مثلها تنشأ من تقرح الدرن الزهرى وهذه التقرحات تمتد على الدوام من لسان المزمار فتهتك منه جزأ عظيم الامتداد أو قليله وتمتد غالبا منه الى باقى أجزاء الحنجرة وشكلها يكون فى الغالب مشرذما وقاعها أملس مغطى بطبقة مصفرة ولها ميل للالتحام فى الصفر المتقرح ابتداء مع امتداد التقرح الى أجزاء أخرى ومن أوصاف هذه القروح انها تحاط بتولدات جديدة حلمية ثخينة تحيط بها وبالندب الكثيرة الانكماش الناتجة عنها

(الاعراض والسير)

يعد كل من الالتهابات النزلية الحنجرية الزهرية والدرن العريض للحنجرة من الاشكال المرضية الاولية للداء الزهرى البنى ولذا متى تشكى مريض كان مصابا من منذ بعض اشهر بقرحة افرنجية اولية باحساس دغدغة فى الحلق وبحة فى الصوت وسعال خشن بدون سبب واضح واستمرت هذه

الظواهر زمناطويلا ولو مع غاية الاحتراس والتوقى أو ارتقت بحة الصوت بالتدريج الى فقده بالكلية جاز الظن بان هذه الاعراض ليست متعلقة بنزلة حنجرية بسيطة بل بنزلة حنجرية زهرية او بتكون درن عريض فى الحنجرة ويتضح مما ذكرنا فى المبحث الاول فى كيفية حصول بحة الصوت وفقده بالكلية والسعال الابح او الرنان أن النزلة الحنجرية الزهرية كالبسيطة وان الدرن العريض الزهرى للحنجرة كانتفاخ غشائها المخاطى النزلى وكثرا كم المواد المخاطية على الاحبلة الصوتية تنوع رنانية الصوت والسعال او تمنع التموجات الرنانة بالكلية كان من الواضح ان التولدات الدرنية العريضة للحنجرة متى وجدت فى اصغار من الحنجرة لا تمنع الاحبلة الصوتية من التموج بفقد كل من بحة من الصوت وفقده وحيث يكاد يوجد فى جميع المشاهدات التى ذكرها المعلم (جيرهرد) و (روت) ان الدرن العريض للحنجرة يصطحب دائما بدرن عريض مثله فى محال أخرى سيما الفم والحلق فمتى وجدت هذه الاعراض السابقة قوى الظن بوجود اللطخ العريضة فى الحنجرة متى وجدت هذه اللطخ العريضة فى محال أخرى وبوجود التهاب نزلى زهرى فى الحنجرة اذا لم يوجد الدرن العريض المذكور فى اجزاء أخرى من الجسم ويتأكد التشخيص بالبحث بواسطة المنظار الحنجرى

والقروح الحنجرية الثانوية البسيطة تحصل فى ادوار متأخرة من الداء الزهرى فانها لا تظهر فى آن واحد مع القروح الافرنجية للحلق بل بعدها بزمن ويظن بوجود القروح الحنجرية الثانوية متى ظهرت عند مريض اعراض مرضية مزمنة فى الحنجرة لا ينتج عنها تضايق فى متسع هذا العضو وذلك عقب ظهور اشكال أخرى من الداء الزهرى البنيى بسنة او جملة سنين مع امكان نفى غير هذا المرض من الامراض الزهرية الحنجرية

ويتأكد التشخيص من البحث بواسطة المنظار الحنجرى وأما القروح الحنجرية الزهرية الثلاثية المتسعة العميقة فانها سهلة المعرفة وهى شكل من الاشكال المتأخرة حصولا للداء الزهرى البنيى وتصيب عادة المرضى الذين اصيبوا من منذ سنين بآفات زهرية متعاقبة واستعملوا فى معالجتها معالجات مختلفة لاسيما المعالجة الزئبقية والمرضى المصابون بهذا الشكل من

الداء الزهرى الحنجرى لا يوجد عندهم فقط بحة فى الصوت او فقده بالكلية وسعال ابح مصحوب بنفث غزير لا يندر ان يكون مدمما بل يوجد عندهم عسر كذلك عظيم فى التنفس ولذا تشاهد فيهم الاعراض المخصوصة بتضايق الحنجرة وهى التنفس العسر المستطيل المصحوب بصفير يسمع من بعد واحيانا يزداد عسر التنفس بسبب ازدياد تضايق الحنجرة الناتج عن انكماش لاثر التحامية وعن ازدياد ونمو التولدات القطرية المحيطة بهذه الندب والقروح ازديادا عظيما جدا فيصير التنفس غير تام وتحصل اعراض الاختناق من التسمم بحمض الكربون وفى احوال أخرى قد يكون ازدياد عسر التنفس فجائيا بسبب حصول أوذيما المزمار حصولا فجائيا فيصير المريض من ذلك فى حالة خطر عظيم ويستدعى الحال لاجراء عملية القطع الحنجرى وحيث دلت التجاريب على ان التقرح يبتدئ عادة من الحلق وقاعدة اللسان ويمتد منها الى الحنجرة فيحدث تمسكات ممتدة فى لسان المزمار فمن الواضح وجوب البحث ابتداء عن حلق كل مريض معه اعراض تضايق فى الحنجرة بان يدخل الاصبع فى الحلق حتى يصل الى لسان المزمار لاجل معرفة تأكل هذا الجزء وعدمه وفى الحقيقة وان دل ذلك على حقيقة التشخيص ووجود القروح الحنجرية الزهرية أو عدم وجودها لا يعرف امتداد التقرح الا بالمنظار الحنجرى

ثم ان الدرن العريض والنزلات الحنجرية الزهرية انذارها جيد واقل منها التقرحات البسيطة التى ينتج عنها القروح الممتدة المذكورة أخيرا فان انذار الاخيرة ثقيل للغاية فان اغلب المرضى يهلك ولو بقى التنفس كافيا أو صار كذلك عقب عملية القطع الحنجرى بسبب ازدياد اعراض النهوكة شيأ فشيأ ومع ذلك فقد يطرأ فى بعض الاحوال نوع شيفاء نسبى للمريض فانى قد شاهدت فى حالة متقدمة جدا فيها كان ينتظر هلاك المريضة بسرعة شفاء تاما تقريبا ولم يكن فى هذه المريضة المتمتعة الآن بصحة جيدة ما يذكر نا بحالتها الاولية التى كانت مصحوبة بنحافة عظيمة وفقد فى الصوت وسعال متعب ونفث غزير مدمم وضيق فى النفس الافقد اللهاة وحصول لغط صفيرى عند التنفس الشاق السريع

(المعالجة)

معالجة الآفات الزهرية للحنجرة تطبق على القواعد المذكورة فى شرح الداء الزهرى كما سيذكر فى المجلد الثانى غير انه فى أحوال تضايق الحنجرة العظيم جدا ينبغى فعل عملية القطع الحنجرى

(المبحث السادس)

(فى الدرن الحنجرى ويعرف بالسل الحنجرى)

(كيفية الظهور والاسباب)

قد أنكر كثير من المؤلفين وجود السل الحنجرى الدرنى ونسب تكون القروح التى كثيرا ما تشاهد فى الحنجرة عند المصابين بالسل الرئوى اما أكال الغشاء المخاطى الحنجرى بواسطة النفث الحريف المار من هذا العضو وللشهير روكيتانسكى رأى مخالف لذلك حيث نبه على ان الحنجرة هى العضو الذى يسهل دراسة الدرن ومعرفة سيره فيه والسبب فى عدم معرفة المنشأ الدرنى للقروح التى نحن بصددها هو كون درن الغشاء المخاطى الحنجرى ذا مجلس سطحى وانفصاله يتم بسرعة من سطح هذا الغشاء بسبب المؤثرات البادية المعرض لها وانه يخلف انفصاله قروح صغيرة سطحية بدون ان تعتريه الاستحالة الجبنية او ينشأ عنه تقرحات ممتدة كما قاله الشهير المذكور

والسل الحنجرى الدرنى يندر حصوله حصولا اوليا كمرض قائم بنفسه بل هو من المضاعفات الكثيرة للسل الرئوى ولا يضاعف شكل السل الرئوى الدرنى فقط بل كثيرا ما يضاعف شكله الذى اعتبرناه انتهاء لتغيرات التهابية فى الرئة اعنى الشكل الجبنى وهو الغالب راجع ذلك فى مبحث السل الرئوى وحيث ثبت من التجارب العديدة انه يمكن احداث الدرن بالصناعة بتلقيح مواد جبنية (اى نضح التهابى متجبن) عند الحيوانات فلا يستغرب حينئذ كثرة طرو الدرن الحنجرى على السل الرئوى غير الدرنى ومضاعفته له فان سبب حصول التلقيح فى الحنجرة عند الاشخاص المصابين بالسل الرئوى سهل للغاية وذلك لان الغشاء المخاطى الحنجرى كثيرا ما تعتريه تفرقات اتصالية متعددة صغيرة فى اثناء حركات السعال القوية ويكون اذ ذاك عرضة لملامسة المتحصلات المرضية الجبنية المتسكرة ومرورها من الحنجرة

(الصفات التشريحية)

مجلس الدرن الحنجرى فى الغالب الغشاء المخاطى المغشى للعضلات المستعرضة ولا يندر أن يكون مجلسه اصفارا أخرى كالسطح السفلى للسان المزمار وغشاء الغضاريف الترجهالية فيشاهد فى هذه الحال الحمرة المنتفخة او الباهتة احيانا ادرنات كحب الدخن سحابية مستديرة تصير مصفرة فيما بعد ثم تلين وتسقط فتخلفها قروح مستديرة صغيرة وبتراكم مواد درنية جديدة وبانضمام هذه القروح مع بعضها يتكون فقد جوهر عظيم ذى شكل غير منتظم وحواف متقلبة متيبسة والقروح الاولى تسمى بالقروح الدرنية الاولية والثانية بالقروح الدرنية الثانوية تبعا لرأى (روكتنسكى) والغالب ان يشاهد فى الحال التى ذكرت من الغشاء المخاطى تلون يضرب الى الصفرة ناشئ عن ارتشاح درنى فى جوهره به يلين شيأفشيأ ويتكون فيه ابتداء قروح سطحية تأخذ فيما بعد فى الغور والاتساع وليس من النادر ان تمتد الآفة الى الاوتار الصوتية فينهتك انضمامها الخلفى ويندر فساد جزء عظيم منها ثم فى الدور الاخير لهذا المرض يصاب سمحاق الغضاريف بل والغضاريف نفسها

والقروح الدرنية التى تحصل فى السطح الخلفى من لسان المزمار يندر ان تثقبه فى جميع سمكه وان حصل ذلك لم تزل دائرته باقية خلافا لما يحصل من التقرحات الزهرية

وكثيرا مايصطحب السل الدرنى تعظم فى الغضاريف واذا امتد التقرح الى الغضاريف نفسها حصل فيها تسوس وتنكرز وحينئذ لا يندر انقذاف بعض قطع غضروفية متعظمة وكذا لا يندر حصول تثقب فى جدر الحنجرة بامتداد التقرح اليها فيؤدى ذلك لانفزيما جلدية ونواصير حنجرية

(الاعراض والسير)

متى انضم الى اعراض السل الرئوى الموجود من مدة طويلة ميل الى بحة الصوت امكن أن يظن بابتداء تكون الدرن الحنجرى غالبا وبحة الصوت هذه ليست فى معظم الاحوال نتيجة لا واسطية للقروح الحنجرية الدرنية التى مجلسها غالبا فى الجدار الخلفى لهذا العضو ولسان المزمار بل مسببة عن ارتخاء وانتفاخ الاوتار الصوتية وعن وجود الافراز المرضى الذى يتراكم

على هذه الاوتار ولذا يكثر زوال بحة الصوت وعودها ثانيا مع استمرار وجود القروح واتساعها والغشاء المخاطى الحنجرى المريض يصير أكثر تأثيرا من الغشاء المخاطى الحنجرى السليم ولذا كان أقل المؤثرات المرضية يكفى لحدوث تغيرات نزلية فيه وكما نرى ان الاجزاء المحيطة بأى قرحة جلدية مزمنة تحتقن فى أزمنة وتنتفخ وتصير مؤلمة بدون سبب معروف يظهر لنا ان الغشاء المخاطى الحنجرى يحصل فيه احيانا انتفاخ واحيانا استرخاء متى وجد فى الحنجرة قرحة مزمنة وكلما امتد الفساد والتقرح الى الاوتار الصوتية تصير بحة الصوت مستمرة مستعصية ومتى حصل تأكل فى الاندغام الخلفى لهذه الاوتار بامتداد التقرح اليها حصل انطفاء كلى فى الصوت وصار المتكلم فاقد الرنانة بالكلية وذلك لان الاحبلة الصوتية لايمكن توترها ولا احداث تموجات رنانة فيها وهذا الداء فى الاحوال ذات السير السريع الحاد يكون مصحوبا باعراض التهيج الشديد للغشاء المخاطى الحنجرى فيوجد تنبه شديد فى الحنجرة وظواهر انعكاسية شديدة واصفة له ونوب سعال مؤلمة تحصل من ادنى سبب وكذا يوجد نوب اختناق مصاحبة للسعال تنتهى عادة بحركة القىء او تصحب هذه النوب بحة الصوت وفقد رنانيته وقد تكون الاعراض المذكورة واضحة جدا بحيث تختفى بها اعراض السل الرئوى سيما اذا لم يكن متقدما تقدما عظيما ولذا ان المرضى فى مثل هذه الاحوال تظن بأن صدرها سليم وتأبى البحث عنه بالتسمع والقرع مع عدم الاعتناء متوهمة ان داءها الوحيد هو السل الحنجرى ويخشون تقدمه ويندر أن تشتكى المرضى بآلام محرقة أو ناخسة فى الحنجرة كما يندر تألم هذا العضو بواسطة الضغط ولو كان قويا والاحساس بالخشخشة عند الضغط على هذا العضو ليس من العلامات الخاصة بهذا المرض كما قيل اذ قد يحس بها عند أشخاص سليمين والنفث الذى يشاهد فى هذا المرض ان لم يكن مختلطا بقطع غضروفية متنكرزة لايكون من العلامات المهمة فى تشخيصه فانه لايكون آتيا من الحنجرة الا جزء قليل منه واما ضيق النفس وحمى الدق والعرق الليلى وشدة النحافة فالاكثر أن تكون متعلقة بالسل الرئوى المصاحب لهذا المرض ولم أشاهد ظواهر تضايق الحنجرة التدريجى الشديد الا فى حالة واحدة من السل الحنجرى وقد هلك المريض فيها

بعد بعض أسابيع وكان قد تحسنت حالته بالقطع الحنجري وعند فعل الصفات التشريحية وجدت زيادة عن القروح الحنجرية الممتدة كلا من تخشن المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي وتيبسه السابق ذكرهما فكانا سببا للتضايق الحنجري المزمن

وبالبحث عن البلعوم يشاهد فيه غالبا اعراض الالتهاب النزلي المزمن فتشاهد الاوعية محتقنة دوالية ويشاهد فيه ايضا بثرات مصفرة أو قروح صغيرة مستديرة سطحية والتنخم يكون فى هؤلاء المرضى متواترا والازدراد عسرا وكثيرا ما يتعسر عليهم ازدراد السوائل دون الجوامد فيكون ازدرادها سهلا وذلك ناتج عن عدم سد لسان المزمار افوهة الحنجرة سدا تاما إما لتيبسه أولتلف كل جزء منه ويندر أن يكون سبب ذلك العارض وجود نواصير بين الحنجرة والبلعوم

وجميع هذه الظواهر لاتثبت وجود السل الحنجري ثبوتا تاما الا اذا كانت مصحوبة باعراض السل الرئوى لانها جميعها قد تنتج عن استحالات مرضية أخرى فى الحنجرة ولذا يجب على الطبيب البحث الجيد عن الصدر عند وجود العلامات المذكورة الدالة على مرض مزمن فى الحنجرة ولا يحكم حكما قطعيا على التشخيص الا من بعد البحث الجيد والحكم بالعلامات الطبيعية اى بواسطة القرع والتسمع فان الظواهر المحسوسة للمريض من جهة الصدر يكاد لا يركن اليها غالبا لانها تختفى باعراض آفة الحنجرة كما ذكرنا وانما حمى الدق والنحافة السريعة يمكن بهما فقط تشخيص السل الرئوى بدون العلامات الطبيعية لهذا المرض ويمكن بواسطة المرآة الحنجرية مشاهدة القروح الحنجرية الدرنية الكائنة على لسان المزمار والغضاريف الترجهالية وأما القروح الدرنية الكائنة على الجدار الخلفى من الحنجرة أعلى العضلات المستعرضة فاقل ما يمكن مشاهدة ماتها العليا التى تكون على هيئة حافة ذات شرافات مدببة ولون مبيض وسخ ومع ذلك فالقروح الدرنية الحنجرية لا يظهر لها عند البحث بالمرآة المذكورة أوصاف خاصة تميز بها عن غيرها من اشكال القروح الحنجرية

وأما ماذكره بعض الاطباء من أحوال شفاء السل الحنجري بواسطة أدوية

نوعية من المحقق انه مؤسس على خطأ فى التشخيص غالبا غالبا وجد بعض مشاهدات نادرة بها يثبت شفاء بعض القروح الحنجرية الدرنية والموت يحصل فى هذه الاحوال عقب النوكة وظواهر السل وسنوضحها مفصلة عند الكلام على السل الرئوى ويندر أن يكون حصوله فجائيا عقب ظهور اوذيما المزمار

(المعالجة)

كل من المعالجة السببية ومعالجة المرض نفسه لا يمكن الحصول على اتمامها بالصناعة والذى يمكن اجراؤه هو المعالجة العرضية التى تفعل لاجل مقاومة نوب السعال والاختناق التى تحصل للمريض وتصيره فى قلق عظيم ليلا وبالجملة فالمعالجة هنا كمعالجة النزلات الحنجرية المزمنة ولو كان العشم هنا فى النجاح قليلا فتستعمل المياه المعدنية القلوية كماء سلتس برون وماء إمس ممزوجة باللبن الفاتر اجزاء متساوية وتشرب صباحا على الريق أو جملة مرات فى اثناء النهار فقد يحصل منها التلطيف فى نوب السعال ولا ينبغى رفض ما تتعشم فيه المرضى من أن تعاطى البطارخ على الريق يحصل منه راحة فى تلك النوب واذا وجد البلعوم محمرا أوذاوعية دوالية أو وجد فيه بعض بثرات أو قروح وجب مسه بفرشة مغموسة فى محلول مركز من النترات أو نترات الفضة واستعمال الغراغر القابضة الشبية اذ بذلك يتلطف بالكلية التنخم المتكرر الذى هو أحد اسباب نوب السعال المؤلمة وأما نفخ مسحوق نترات الفضة فى الحنجرة أو عصر اسفنجة على فوهتها مغموسة فى محلول هذا الملح فلهما تأثير ملطف أحيانا اذ بتكرار استعمالهما يتلطف السعال بل وفى الاحوال النادرة التى فيها يتيسر ايقاف السل الحنجرى قد تحصل من هذه المعالجة نتيجة تامة وهنا يفضل الاستعمال اللاواسطى بمحلول الحجر الجهنمى أو به نفسه على القروح مباشرة بيد ممرنة على ذلك

وكثيرا ما تستعمل لمقاومة نوب السعال القوية فى هذا المرض المسكنات التى لم يقصد من استعمالها الا التسكين الوقتى والعادة فى ذلك استعمال المركبات السوكرانية والبلادونية وتفضيلها على المركبات الافيونية ومع ذلك فالاستحضارات المتخذة من هذه الجواهر ليست دائما على حد سواء ولذا كان تأثيرها ليس أكيدا مثل الاستحضارات الافيونية

والمرضى المصابون بقروح حنجرية درنية يجب عليهم ملاحظة الراحة وعدم كثرة التكلم والمكث فى محل ذى هواء معتدل دفئ رطب لاجل تجنب تنبه الغشاء المخاطى الحنجرى الذى هو شديد فى هذا المرض بل وفى الاحوال الخبيثة يجب منع المريض عن الكلام جملة أسابيع فانه لو تؤمل وقت الكلام ان الهواء المار من الحنجرة يحدث احتكاكا فى الاحبال الصوتية اسلم ذلك العقل زيادة عن تأييده بالتجاريب

(المبحث السابع فى التولدات المرضية للحنجرة)

كثيرما يوجد فى الحنجرة من التولدات المرضية الجديدة هى الاورام اللبقمية وهى عبارة عن أورام فى حجم حب الشهدانج الى حجم الفولة وتكون عادة عنيقية وتسمى بالبوليبوس اللبنى وتتكون من منسوج خلوى كثير الاوعية يكون تارة متمددا مجاجا فاو تارة متخلخلا رخوا ومغطاة بصفائح بشرية متراكمة على بعضها وكذا يكثر فى هذا العضو مشاهدة الاورام الحلمية وهى كثيرة العدد وتكون عبارة عن تكونات حلمية فى الطبقة السطحية من الغشاء المخاطى مبيضة شفافة وتارة تكون مسطحة ذات تحدبات أو شبيهة بالتوت أو زغبية واما التولدات السرطانية فا كثرها حصولا السرطان البشرى وهو اكثر مشاهدة عن النخاعى الذى يظهر على هيئة تولدات كالقرنبيط ولها ميل عظيم للانزفة والتقرح ويندر مشاهدة الاورام الحويصلية فى هذا العضو وهى عبارة عن حويصلات فى حجم رأس الدبوس أو العدسة غير عنيقية وهى تنشأ عن الاجربة المخاطية التى انسدت فوهاتها واستحال متحصلها الى سائل هلامى مصلى وأما الاورام الشحمية المعروفة بالبوليبوس المخاطى فهى والعصبية الرخوة نادرة جدا وهى عبارة عن تولدات مستديرة أو عنيقية وكل من الاورام اللبقمية والسرطانية والشحمية يكون منشؤها فى معظم الاحوال من المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى لا الغشاء المخاطى نفسه

وبالنسبة لمجلس هذه الاورام قد اتضح بمشاهدات المعلم (لوبين) وغيره العديدة من سنة ١٨٥٤ الى سنة ١٨٦٢ ان ثلاثة وعشرين منها وجد مجلسها

لسان المزمار وتسعة منها وجد بمجالسها الاربطة الترجهالية اللسانية المزمارية واحدى وعشرين مجالسها جيوب مرجانى واثنتين وثلاثين مجالسها الاحبلة الصوتية الحقيقية وخمسة مجالسها الاحبلة الصوتية الكاذبة وثلاثة منها الغضاريف الترجهالية وثمانية الجدار المقدم من الحنجرة وأما جدار الحنجرة الخلفى الذى هو المجلس الاعتيادى للقروح الحنجرية فلم يشاهد فيه التولدات المرضية الجديدة للحنجرة الا مرتين وقد وجه المعلم المذكور هذه الظاهرة الغريبة بالكيفية الآتية وهى ان هذا الجزء فى الحنجرة يكابد وقت حركات لسان المزمار تثنيا وتمددا متعاقبين وذلك مما يعين على حصول التقرح فيه ويمنع من تكون التولدات الجديدة المرضية التى تتلاشى بسرعة بواسطة هذه الحركات بحيث يحصل بدل الاورام تقرحات فيه

ومن الغريب كثرة مشاهدة التولدات المرضية الجديدة خصوصا بوليبوس الحنجرة فى هذا العصر مع أنه من منذ بعض سنين كانت مشاهدتها نادرة جدا وقد شوهد فى الزمن الاخير عدد عظيم منها وصار شرحه مع غاية الدقة ولا يحسن الظن مع الدقة الواقعة سابقا من المشرحين والاطباء فى اجراء الصفات التشريحية بان هذه التولدات خفيت عليهم فى الجثة كما أنه من جهة أخرى لا يظن مع وجود الدقة الآن فى المشاهدات الا كالنيكية من عظماء الاطباء ان هذه التولدات البوليبوسية تغيبت عليهم وكانت عبارة عن ضخامة ونموات ونتوءات فى الغشاء المخاطى الحنجرى

ثم ان تشخيص التولدات المرضية للحنجرة قبل اختراع المرآة الحنجرية لم يكن ممكنا الا فى بعض أحوال نادرة انما كان يظن بوجود هذه التولدات احيانا متى انضم لاعراض النزلة الحنجرية المزمنة اعراض التضايق الحنجرى وحصل فى تضايق النفس انحطاط تارة وتارة نوبانات بحسب احتواء هذه التولدات المرضية الجديدة على كثير من الدم تارة أو قليل منه تارة أخرى ويقوى الظن متى حصل فى اثناء سير هذه التولدات نوب اختناق متكررة خطرة تنسب الى تغير فى أوضاع هذه الاورام وضيقها أو سدها الفوهة المزمار ومع ذلك فالرجوع الدورى لهذه الاعراض الذى كان يعتبر مشخصا لهذه الاورام لم يحكم به حكما قطعيا فى تشخيصها بل لم يكن تشخيصها أكيدا

الا

الا عند بروز هذه الاورام من فوهة الحنجرة بحيث يمكن الوصول اليها بالنظر
واللمس أو انقذاف بعض اجزاء منها الى الخارج بواسطة السعال
وأما فى عصرنا هذا فتشخيص التولدات المرضية الجديدة للحنجرة ليس فيه
أدنى صعوبة غير أن معظم أنواع البوليبوس وغيره من الاورام داخل الحنجرة
التى يمكن معرفتها بسهولة بواسطة البحث بالمرآة الحنجرية لم تحدث عنها
الاعراض السابق ذكرها بل كان معظم المرضى لا يشتكى الا بحة الصوت
أو فقده بالكلية مع سعال عنيف جدا وكثيرا ما كان يرسل منهم عدد عظيم
بدون فائدة الى الحمامات المعدنية كحمام إمس اوخلافه أو الى بعض البلاد
كالجزائر ومصر لاجل شفائهم من البحات الحنجرية المزمنة أو السل
الحنجرى المظنون بأنهم مصابون به اومثل هذه الاحوال المتعددة فى الطب
العملى تثبت مع التأكيد شدة لزوم اشتغال الاطباء بمعرفة استعمال المنظار
الحنجرى وعدم ترك هذه الواسطة القوية فى تشخيص الامراض الحنجرية
لبعض الاطباء المشهورين بهذه الخصوصية فانه مع مساعدة بعض المؤلفات
النفيسة على هذا الفرع يمكن التمرن على استعماله بحيث ينتفع به فى تشخيص
بعض الامراض الحنجرية الملتبسة ولا ينبغى البحث بالمنظار عن كل مريض
مصاب باعراض النزلة الحنجرية الحادة فان هذا غير ضرورى كما انه من الخطا
العظيم تكرار البحث عن الاشخاص الذين اعتراهم تقرح درنى فى الحنجرة
متقدم فى السير فان مثل هؤلاء الاشخاص بسبب بحة الصوت أو فقده
يلتجؤن دائما الى الاطباء المشتغلين بالمرآة الحنجرية كثيرا بخلاف ما اذا طالت
مدة البحة وخشونة السعال وغيرهما مما ينسب للنزلة الحنجرية البسيطة ولو مع
المعالجة اللائقة فلابد من البحث بالمنظار الحنجرى لاجل التأكيد من كون
مجموع هذه الاعراض هل هو ناتج عن تولدات مرضية جديدة أم لا ولو لم تحصل
اعراض تضايق الحنجرة وقد وجد فى غير ذلك من الاحوال المستجدة المشاهدة
مع اعراض النزلات الحنجرية المزمنة الاعراض السابق ذكرها التى كان
يستدل منها قبل البحث بالمرآة الحنجرية استدلالا تقريبيا على وجود ورم فى
الحنجرة وذلك لما شوهد فى المرضى خصوصا عند فعل بعض مجهودات
جسمية شاقة كصعود السلالم وحركة الجرى ارتقاء عظيم فى تضايق التنفس

وعسر وسرعة عظيمان فيه مع الاعراض الدالة على تضايق الحنجرة وهو التنفس المستطيل الشاق المصحوب بصفير واضح وقد نبه كل من المعلم (زيرمالك ولوين) على ان الاورام الحنجرية باعلى لسان المزمار كانت تحدث غالبا عسرا فقط فى الزفير

وبالجملة فقد شوهدت بعض أحوال ايضا مخالفة لما سبق بالكلية فانه يفقد فيها كل من اعراض تضايق الحنجرة بل واعراض النزلة الحنجرية أعنى بحة الصوت والسعال الخشن ونحو ذلك وكان التشكى الوحيد فيها للمريض هو الاحساس المتعب الغير المحدود فى العنق أو الاحساس بتجمع مادة مخاطية ملتصقة بالحنجرة

ثم ان اختلاف اعراض الاورام الحنجرية يتضح لنا مما ذكرناه فى المبحث الاول عند التكلم على كيفية تكوين الصوت فعلى ذلك لا ينتج عن ورم الحنجرة بحة الصوت أو انطفاؤه الا فى الاحوال التى فيها يمنع تقارب الاحبلة الصوتية من بعضها أو تمنع تموجاتها وأما الاورام التى لا تعوق وظائف الاحبلة الصوتية فلا تنتج عنها الاعراض المذكورة كما ان حصول اعراض التضايق الحنجرى يتعلق بمجلس هذه الاورام وعظم حجمها وصغره

ثم ان معالجة أورام الحنجرة من خصائص الجراحة ومن منذ استئصال بوليبوس الحنجرة بمساعدة المنظار الحنجرى بدون فتح المسالك الهوائية بالسلاح الذى أجراه اول مرة سنة ١٨٦١ ميلادية المعلم (برونس) لاخيه صار تكرار اجراء هذه العملية عدة مرات من أيدى الجراحين المتمرنين على استعمال المنظار الحنجرى

(المبحث الثامن فى اوذيما المزمار)

(كيفية الظهور والاسباب)

كثيرا ما يرى فى المحال التى فيها يكون الجلد ملتصقا بما تحته من الانسجة بمنسوج خلوى هش ظهور ارتشاح مصلى سريع الحصول فى المنسوج الخلوى تحت الجلد عند وجود التهابات فى الاجزاء المجاورة لهذه المحال مثال ذلك الاوذيما التى تحصل فى محيط المقلة عند وجود جروح التهابية فى هذا القسم وأوذيما القلفة عند وجود قرحة افرنجية فى قيد القضيب وهذه

الاوذيما التى سماها المعلم (ورجوف) بالاوذيما التقممية الجانبية تنتج عن ازدياد الضغط الباطنى الواقع على جدار الاوعية الشعرية الذى يحصل بجوار الالتهابات بواسطة وقوف الدم فى الاوعية الشعرية فى الاجزاء الملتهبة وركوده فيها وكلما كان المنسوج الخلوى اكثر هشاشة كان ارتشاحه أسهل

ومن المعلوم ان الغشاء المخاطى المغشى للحنجرة يكون مثبتا بواسطة منسوج خلوى قصير الالياف متين تثبيتا قويا بما تحته من غضاريف الحنجرة وعضلاتها فى أغلب المحال الا فى لسان المزمار سيما محوفاعدته وعلى الخصوص أعلى الاربطة التى تمتد من لسان المزمار الى الغضاريف الترجهالية أعنى اعلى الاربطة الترجهالية اللسانية المزمارية ومنها الى الاحبال الصوتية العليا فانه فى هذه الاصقاع يكون مثبتا بواسطة منسوج خلوى هش جدا ذى استعداد عظيم للارتشاحات المصلية

ثم ان الاسباب المتممة التى تحدث فجأة ارتشاحا مصليا فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى اى أوذيما المزمار تكون تارة امراضا حادة فى الحنجرة وذلك كالنزلة الحادة وهذا نادر جدا واكثر من ذلك انتاجا لهذا المرض الالتهاب الحنجرى البثرى الذى يصحب الجدرى والقروح التيفوسية للحنجرة وتارة ينتج هذا المرض عن امراض مزمنة فى الحنجرة كالقروح الافرنجية والدرنية وعلى الخصوص الالتهاب الغضروفى الحنجرى وحصول الاوذيما فى مثل هذه الاحوال الاخيرة يكون بسرعة كما تحصل أوذيما القلفة فجأة من وجود قرحة أفرنجية مزمنة فى قيد القضيب

وبالجملة قد يحدث كل من الذبحة الحنجرية الشديدة والحمرة الوجهية والتهاب المنسوج الخلوى المنتشر فى العنق اعراضا خطرة تهدد حياة المريض وتكون ناتجة عن طرو أوذيما المزمار وفى جميع هذه الاحوال يكون نوع هذه الاوذيما من الاوذيما الجانبية التقممية ويندر أن تكون اوذيما المزمار ظاهرة من ظواهر الاستسقاء الدمى كما يشاهد ذلك فى داء (برايت) وجميع هذه الامراض ما عدا الجدرى تصيب الشيوخ اكثر من الاطفال ولذا تكاد أوذيما المزمار لا تشاهد الا فى البالغين

(الصفات التشريحية)

الارتشاح المصلي الذي يحصل في الاجزاء السابق ذكرها يكون في الغالب عظيما جدا بحيث ان لسان المزمار يرتفع عن قاعدة اللسان ويمتد منها حويتان مقوجتان من جهة الخلف نحو الغضاريف الترجهالية والبلعوم وهاتان الحويتان قد يبلغ حجمهما حجم بيضة الحمامة فيتقاربان من بعضهما تقاربا عظيما جدا بحيث يتعسر مرور الهواء من المزمار أو يتعذر بالكلية ويندر أن تكون الاصابة في احدى جهتي الحنجرة وحينئذ لا يوجد ورم بارز واحد مضيق لفوهة المزمار كثيرا أو قليلا فالحويتان المذكورتان يكون لونهما باهتا تارة أو محمرا قليلا أو كثيرا وعند شقهما يخرج منهما سائل مصلي تارة يكون صافيا وتارة متعكرا مصفرا من هالات المنسوج الخلوي الممتلئة المتوترة فتهبط الاورام المذكورة وحينئذ يظهر الغشاء المخاطي متكرشا متثنيا وهذا الهبوط والتثني للغشاء المخاطي قد يحصل أحيانا عقب الموت بدون تشريطه وحينئذ لا تكون الصفة التشريحية في الجثة مطابقة للتغيرات التشريحية التي كان يحس بها قبل الموت بساعات قليلة وفي الجزء العلوي من الحنجرة الذي فيه يكون المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي كما ذكرنا متوترا اذا السياف قصيرة وأخلية ضيقة يكون الانتفاخ قليلا وأما الغشاء المخاطي نفسه فيكون مبطنا بنكت من مواد غروية وعضلات الحنجرة تفقد لونها فتكون باهتة مصفرة

(الاعراض والسير)

متى تكونت أوديما المزمار انضم لاعراض قروح الحنجرة الحادة أو المزمنة بحة سريعة في الصوت تأخذ في الازدياد بسرعة بحيث تنتهي بانطفاء الصوت بالكلية ويحصل سعال خشن رنان (وهذه الاعراض تدل على أن الاحبلة الصوتية انتفخت انتفاخا أوذيماويا أو أن عضلات الحنجرة المرتشحة صارت لا تكفي في توتر تلك الاحبلة) وينضم لهذين العرضين عسر عظيم جدا في التنفس فانه متى حصل تخلخل في الهواء الموجود في القصبة الهوائية زاحمت الحويتان السابق ذكرهما الفتحة العليا من المزمار بحيث ان الشهيق المتعب المستطيل الصفيري لا يجذب للرئة الا هواء قليلا وهذا الشهيق

العسر الذى يسمع من بعد ويجبر المريض وقت اجرائه على ميل الجذع الى الامام والارتكان على الذراعين وفصل مجهودات شاقة بجميع عضلات الشهيق يعقبه زفير مهمل للغاية يكون احيانا خرخريا فان الهواء المندفع بالزفير كانه يطرد الحويتين الضيقتين للمزمار ويبعدهما عن بعضهما يقربهما لبعضهما هواء الشهيق فيضيق المزمار او ينسد بالكلية ولذا وصف المعلم (بيتا) الشهيق فى هذا المرض بانه يكون ممتدا عنيفا سادا رنانا او صفيريا والزفير بانه قصير خفى اى غير مصحوب بلغط بحيث لا يكاد يسمع

وعلى حسب ذلك تكون اعراض اوذيما المزمار مشابهة بالكلية لاعراض الذبحة الحنجرية الغشائية ويقتضى التوجيه القسيولوجى لكل من هذين المرضين يتضح ضرورية هذا التشابه ومع ذلك يندر اختلاطهما ببعضهما فى الطب العملى فان السعال الديكى مرض يكاد يختص على الدوام بالاطفال بخلاف اوذيما المزمار فانه يكاد يختص بالبالغين وان السعال الديكى يصيب على الدوام اشخاصا كانت سليمة من قبل واما اوذيما المزمار فيكاد لا يصيب الا اشخاصا كان معتريهم من قبل امراض حادة او مزمنة فى الحنجرة كما انه يمكن تمييز هذين المرضين عن بعضهما زيادة عما ذكر بواسطة عدم التناسب الكائن بين حركة الشهيق والزفير فى احوال اوذيما المزمار فان عدم التناسب المذكور لا يكون كثير الوضوح ولا الاستمرار فى الذبحة الحنجرية الغشائية وبالجملة قد تتيسر رؤية لسان المزمار المنتفخ انتفاخا اوذيماويا على هيئة ورم محمر كمثرى الشكل كائن خلف قاعدة اللسان ويكاد يحس فى جميع الاحوال بالورم الاوذيماوى متى بحث الطبيب بالاصبع بحثا قويا

ثم ان عسر التنفس الذى ينضم له الاحساس بجسم غريب فى الحنجرة يزداد فى كل لحظة فى الاحوال الثقيلة فتصفه المرضى مع اليأس والضجر بان هناك جسما غريبا واقفا فى الحنجرة وتحس بان ضيق الحنجرة يزداد شيأ فشيأ فتحس بنوع اختناق كما قاله المعلم (بيتا) ويؤل حالهم الى الهلاك بحيث يتضح على وجه المريض الضجر واليأس فيصير قلقا فزعا الى ان يصير الوجه مزرقا رصاصيا وتبرد الاطراف ويصير النبض صغيرا غير منتظم وتخمد القوى العقلية ويقع المريض فى الكوما وتتضح خراخر فى الصدر ويهلك المريض

من اوذيما الرئتين وهذه الظواهر عين الظواهر التي تقدم بيانها في الذبحة الحنجرية الغشائية وهي لاتنسب لعوق استفراغ الدم الوريدي من اوردة الدماغ بل لتسمم الدم بحمض الكربونيك كما سبق ذكر ذلك

(المعالجة)

الوسايط العلاجية التي تستعمل عادة عند ظهور هذا المرض المفزع هي الفصد العام وارسال العلق بكمية عظيمة على العنق واستعمال الحراريق على القفا والمقيئات والمسهلات الشديدة والحمامات القدمية الفاترة لكن كما ان اوذيما القلفة لا ننجح فيها مثل هذه الوسايط العلاجية تكاد تبقى هذه الوسايط في اوذيما المزمار كذلك بلا نجاح نعم اذا كان الخطر غير عظيم جدا ينبغي تنقيص كمية الدم بواسطة الفصد الغزير واعطاء المريض نصف نقطة من زيت حب الملوك كل ساعة اذ بواسطة الافراز المعوي المصلي الغزير جدا يمكن تنقيص كمية الدم من أوعية الدورة وقد دلت التجاريب على انه عند حصول استفراغات دموية عظيمة او عند تكاثف الكتلة الدموية بواسطة فقد السوائل العظيم جدا تمتص الاوعية السائل الموجود في الاعضاء كما يشاهد ذلك عند حصول الهيضة اذ قد تمتص ارتشاحات مرضية عظيمة جدا في اثناء هذا المرض وحينئذ استعمال هذه الطريقة الموافقة للنظريات الفسيولوجية جائز وان لم يكن نجاحه ثابتا ثبوتا واضحا في الطب العملي

وعند الشهيق العنيف الشاق الذي لا ينجذب به في الحنجرة الا القليل من الهواء لا بد وان يتخلل الهواء المحتوية عليه الشعب فينشأ عن ذلك احتقان عظيم في الغشاء المخاطي الشعبي مصحوب بافراز غزير (كما يشاهد ذلك في الجلد الظاهر عقب وضع محجم عليه) وبتراكم الافراز في الشعب يرتقي عسر التنفس عند المريض الى درجة عظيمة جدا فتسمع خراخر واضحة ممتدة وفي مثل هذه الاحوال يجوز اعطاء مقيئ دون خلافهما من الاحوال فانه هنا يعقبه النجاح العظيم بل وينبغي تكراره احيانا والمهم في معالجة هذا المرض هو المعالجة الموضعية فيجتهد في تشريط الحويتين المنتفختين بواسطة مسرط منحن ملفوف عليه سيور من المشمع الى نحو طرفه ومتى أمكن اجراء العملية فان لم يمكن ذلك وجب التشريط بظفر الاصبع ولا مانع من مساعدة ذلك بكي فوهة

المزمار امابنفخ مسحوق الحجر الجهنمى أو باستعمال محاولة المركز مسا أو باستنشاق الابخرة المتشبعة بالتنين أو الشب بواسطة آلة تسمى بالمرزاز وكذا من الوسايط الناجحة جدا احيانا ازدراد قطع صغيرة من الجليد فقد شاهدت شفاء أحد الاطباء باستعمال هذه المعالجة الاخيرة والحال ان نوب الاختناق كانت عنده عظيمة جدا بحيث كان يخشى من تأخر عملية القطع الحنجرى فان لم تثمر هذه الوسايط أو لم يمكن اجراؤها وحصلت الظواهر الناتجة عن تسمم الدم بحمض الكربون بان صار النبض صغيرا غير منتظم وخمدت القوى العقلية وجبت المبادرة باجراء القطع الحنجرى ووضع انبوبة الى ان يزول الخطر ونجاح هذه العملية فى مثل هذه الاحوال اكثر منه فى السعال الديكى اذ بها يمكن حفظ الحياة جملة شهور ولو فى الاحوال التى فيها تكون أوذيما المزمار ناتجة عن تقرح درنى حنجرى

(المبحث التاسع)

فى التهاب السمحاق الغضروفى الحنجرى

(كيفية الظهور والاسباب)

المنسوج الليفى الملتصق بالغضاريف الحنجرية مباشرة المعروف بالسمحاق الغضروفى ذو متانة ومقاومة عظيمة بحيث انه يقاوم التقرح الممتد اليه من الغشاء المخاطى الحنجرى زمنا طويلا لكن متى حصل تأكل فى محل منه بامتداد التقرح اليه تعرى الغضروف وزال اتصاله بالاوعية المغذية له فالجزء الذى تعرى وفقد التغذية يموت حينئذ وينقذف وقد ذكرنا ان القطع الغضروفية المتنكرزة المتفرقة كثيرا مايشاهد فيها ابتداء التعظم وان هذا ناتج عن تقرح الغشاء المخاطى الذى سبق ذلك التعظم

لكن كلمة التهاب السمحاق الغضروفى الحنجرى لايراد بها عادة الالتهاب والتقرح السمحاقى الغضروفى الممتد من الظاهر الى الباطن بل يراد بها شكل من الالتهاب فيه يحصل نضح مرضى بين السمحاق والغضروف فيفصلهما عن بعضهما بسبب سماكة السمحاق ومقاومته وعسر انثقابه من النضح المرضى ومن المعلوم ان هذا الانفصال الممتد الغضروفى عن سمحاقه وأوعيته المغذية له ينتج عنه تنكرز ممتد فيه

ثم ان الاسباب المتممة للالتهاب السمحاقى الغضروفى الحنجرى هى احيانا تقرحات الغشاء المخاطى الحنجرى التى ذكرناها الان هذا السمحاق لاتيا كل من الظاهر الى الباطن بل يصير مجلسا الالتهاب تقيحى به ينسكب النضح المرضى بين السمحاق والغضروف

وقد يحصل هذا المرض من ذاته بدون اصابة الغشاء المخاطى خصوصا عند الاشخاص المنهوكين امابسبب سوء القنية الزهرية أو الزنبقية أومدة سير الامراض التسممية العامة سيما التيفوس والتسمم الصديدى للدم ونحو ذلك وقد يحصل أيضا عند أشخاص سليمى البنية فى الظاهر وفى مثل هذه الحالة الاخيرة ينسب بعض الاطباء ظهور هذا المرض لتأثير البرد ويسميه بالالتهاب الروماتزمى كما يسمى فساد الحنجرة الذى يعقبه بالسل الحنجرى الروماتزمى

(الصفات التشريحية)

هذا الالتهاب يمكن ان يصيب جميع غضاريف الحنجرة والمجلس الرئيس لهذا المرض هو سمحاق الغضروف الحلقى لكنه قد يمتد منه بسرعة الى سمحاق غيره من الغضاريف ويوجد فى الابتداء خراج صغير بين الغضروف وسمحاقه يعظم حجمه فيما بعد بحيث يكون السمحاق كيسا عظيما ممتلئا بالصديد تسبح فيه بعض قطع غضروفية خشنة مزرقة متغيرة اللون تلين فيما بعد وينتهى الصديد بان ينقب السمحاق وينصب فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى الحنجرى فيضيق المزمار أو يسده بالكلية وقد ينقب الغشاء المخاطى نفسه فيصل الصديد هو والقطع الغضروفية الى باطن الحنجرة ويخرج مع السعال وقد يسرى الصديد نحو الظاهر وينفتح فى الجلد فتتكون قنوات ناصورية وخراجات فى العنق والصديد المجتمع والقطع الغضروفية المنفصلة يخرجان امامن الظاهر أو من البلعوم

وقد يحصل الشفاء نادرا عقب قذف القطع الغضروفية المتنكرزة فيحل محلها مادة ليفية صلبة

(الاعراض والسير)

من الصواب تقسيم أعراض الالتهاب السمحاقى الغضروفى الحنجرى الى جملة ادوار فان هذا المرض يقطع سيره حقيقة فى جملة أزمنة ففى الدور الاول

أعنى عند ظهور التهاب السمحاق الغضروفى الحنجرى وتقيحه تكون الاعراض قليلة الوضوح الا ان هذا المرض يصطحب كغيره من التهابات المنسوجات الصلبة بآلام شديدة اكثر من باقى التهابات الحنجرة وحيث ان هذا الالتهاب يكون قاصرا فى الابتداء على جزء محدود فالالم كذلك يكون قاصرا على جزء محدود فى الحنجرة ايضا ولذا يمكن الاشتباه بين هذا المرض ووجود جسم غريب فى هذا العضو سيما وان هذا الالم الغير الواضح يكون مصحوبا بتهيج سعالى مستعص جدا

واما الدور الثانى فيشاهد فيه تارة تدريجيا عقب تراكم الصديد تحت السمحاق وعدده وبروزه فى الحنجرة وضيقها به وتارة فجأة عقب انثقاب السمحاق الغضروفى وانسكاب الصديد المتجمع تحته فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى بحة فى الصوت أو فقده بالكلية وسعال خشن رنان مصحوب بجميع الظواهر المرضية الدالة على تضايق الحنجرة الشديد وفى هذا الدور كثيرا ما يطرأ الموت لكثير من المرضى وفى بعض الاحوال يعقب هذا الدور بالدور الثالث وفيه يثقب الصديد المجتمع تحت سمحاق الغضروف او المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى غطاءه وحينئذ يشاهد زوال اعراض ضيق الحنجرة زوالا فجائيا عقب انثقاب الغشاء المخاطى وخروج الصديد مع القطع الغضروفية المتراكمين تحته وانقذافهما بحركات السعال وقد شوهدت احوال فيها أعقبت ظواهر الاختناق الشديدة جدا راحة تامة بالكلية عقب انفجار الخراج وخروج كمية عظيمة من الصديد معها قطع غضروفية لينة غير أنه فى مثل هذه الاحوال أيضا تهلك المرضى غالبا من امتداد المرض او استطالة التقيح او حمى الدق المصاحبة له

(المعالجة)

معالجة التهاب السمحاق الغضروفى الحنجرى لا تكون الا عرضية بقطع النظر عن كون هذا المرض لا يعرف غالبا الا متى حصل انسكاب صديدى فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى وحينئذ تقصر المعالجة على المبادرة باجراء عملية القطع الحنجرى لكن هذه العملية هى وفتح الخراجات التى توجد احيانا فى العنق لا يكون لها الا مساعدة تسكينية وهى الوحيدة

(الامراض العصبية الحنجرة)

اما التغيرات التى تعترى اعصاب الحس للحنجرة فهى زيادة قابلية تنبيه اعصابها الحساسة المعروفة (بالاييرستيزيا) والتناقص المرضى فى قابلية تنبيه تلك الاعصاب المعروف (بالانيستزيا) وكل منهما لايشاهد مكونا لمرض على حدته ومن الشكل الاول يعد بعض من أحوال الكورة الاستيرية وبعض من احوال السعال التشنجى الاستيرى أيضا والمرضى فى هذا الشكل وان لم يشكوا باحساس مرضى فى الحنجرة الاان نوب السعال تعتبر فى هذه الحالة الاخيرة ظاهرة انعكاسية متعلقة بالثوران المرضى الناشئ عن زيادة فى قابلية تنبيهها

وأما التغير المرضى الذى يعترى اعصاب الحركة لهذا العضو فهو تشنج عضلات المزمار المعروف (بالاييركينيزيا) وشللها المعروف (بالايكينيزيا) وسنتكلم عليهما فى المبحث الآتى

(المبحث العاشر)

فى تشنج عضلات المزمار أو تشنج المزمار

ويعرف بضيق النفس الحنجرى وبضيق النفس التيموسى وبالانقباض الحنجرى العصبى وبضيق النفس للمعلم (كوب)

(كيفية الظهور والاسباب)

هذا المرض يتعلق بتنبه مرضى فى الاعصاب المنوطة بانقباض عضلات المزمار ومن المعلوم ان انقباض جميع عضلات الحنجرة المنتظم يوجب توتر الاحبلة الصوتية توترا قويا وانسداد المزمار فاذا ظهرت هذه الحالة ظهورا انعكاسيا عند وجود التهاب فى الغشاء المخاطى الحنجرى عدت من اعراض هذا المرض ولا يعبر عنها بضيق النفس الحنجرى العصبى ولا بالانقباض الحنجرى التشنجى فهذا المرض عبارة عن تغير مرضى قائم بنفسه فى العصب المتحيرأو الراجع الحنجرى سواء كانت هذه الاعصاب منضغطة مدة سيرها أو كان المنشأ المركزى للعصب المتحير متهيجا امامتهيجا أصليا أو انعكاسيا اى ممتدا اليه من اعصاب حساسية أخرى والغالب ان تكون كيفية ظهور هذا المرض غير واضحة

ثم ان تشنج المزمار لايكاد يحصل الا للاطفال خصوصا فى العامين الاولين من الحياة أعنى زمن التسنين الاول وذكر المعلم (رومبرج) انه يوجد على الدوام استعداد وراثى لهذا المرض فان هناك عائلات تكاد تصاب اطفالها به على الدوام ويوجد هذا المرض بكثرة فى المدن العظيمة وهو فى الاطفال ذوى التغذية الصناعية اكثر حصولا منه فى أطفال البوادى والاطفال التى تتغذى بالرضاعة الطبيعية وزعم الطبيب (كيلر) أن تشنج المزمار فى الاطفال والتشنجات الطفلية المعروفة (بالاكلمبا) مرضان متقاربان جدا وان نوبة تشنج المزمار تعتبر جزأ من النوبة التشنجية وأما الاشخاص البالغون فلا يكاد يصاب منهم الا الاستريون بل واصابتهم قليلة فانه يوجد بعض مشاهدات نادرة فى اثناء نوبة الاستريا ادت للموت عكث تشنج المزمار وانسداد الحنجرة زمنا طويلا ولا يندر مشاهدة بعض أحوال من الاستريا فيها يصل تشنج المزمار الى درجة خطرة جدا كما شاهدته

(الصفات التشريحية)

ضخامة الغدة التيموسية التى قال المعلم (كوب) انها سبب عضوى لجميع أحوال تشنج المزمار تفقد فى غالبها وكذلك لين مؤخر الرأس الذى اعتبره بعضهم منشأ لهذا المرض فهو ظاهرة راشيتيسية اى متعلقة بداء الراشيتيسم وكذا انتفاخ الغدد المنقية والشعبية واستحالتهما ووجود ضخامة أو احتقان أو نضح مرضى فى المخ فهى تغيرات توجد فى الجثة غير ملازمة لهذا المرض وفى جميع الاحوال لايتحقق تشخيص تشنج المزمار العصبى الا اذا لم يوجد تغير ما فى الغشاء المخاطى الحنجرى عند فتح الجثة

(الاعراض والسير)

هذا المرض كغيره من الامراض العصبية ذو نوب وفترات فالنوبة تتصف بانقطاع فجائى شديد فى التنفس يمكن ان يستمر بعض دقائق الى ان يدخل الهواء ويخرج من المزمار الذى لايزال ضيقا بعد ان كان منسدا وحينئذ يشاهد التنفس الصفيرى الممتد الذى سبق ذكره وتصطحب هذه النوبة بتضجر وقلق ولون مزرق فى الوجه وانقباضات عضلية شديدة فى عضلات التنفس وانكباب الى الامام حال الجلوس ثم بعد يسير من الدقائق تحصل الفترة التى فيها

يبقى الطفل ضجرا فيرجع الى حالته الصحية كما كان وحيث ان الغشاء المخاطي الحنجري والاوتار الصوتية لم تزل فى هذا المرض فى حالة سلامة فلا يوجد السعال وحيث ان هذه الاحبال الصوتية لا تكون مسترخية ولا منتفخة فلا توجد بحة الصوت وحينئذ يسهل علينا تمييز نوب تشنج المزمار عن السعال الديكى وعن نوب ضيق النفس التى تحصل ليلا فى النزلة الحنجرية مادام اعتبار تشنج المزمار مرضا عصبيا محضا

وفى كثير من الاحوال لا يبقى التشنج قاصرا على الالياف المحركة للعصب المتصير بل قد يصحبه تشنج فى اعصاب عضلات أخرى كتشنج عضلات أصابع اليدين أو القدمين أو هما معا وقد تتعاقب هذه التشنجات مع نوب تشنج المزمار بل قد تحصل فى بعض الاحوال تشنجات عامة تهلك منها الاطفال

ثم ان النوب المذكورة تحصل بعد فترات مختلفة فقد لا تتردد الا بعد كل ثمانية أيام أو أكثر من ذلك وقد يكثر ترددها كما فى الاحوال الخطرة فتتقرب من بعضها شيأ فشيأ وحينئذ تصطحب بالتشنجات العامة وهذا المرض يورث على الدوام ميلا للنكسات فينبغى الاحتراس من موجباتها ولو بقى الطفل سليما جملة أشهر وهناك أحوال شوهد فيها ظهور تشنج المزمار مرة واحدة ولم يعد ثانيا

ويندر انتهاء النوبة بالاختناق فيما اذا استطال انسداد المزمار زمنا أطول من الزمن الذى يحتمل فيه الجسم امتناع الاوكسيجين فيصير الوجه باهتا ويكتسب لونا رميا وتسترخى العضلات ويسقط الطفل ويهلك

(المعالجة)

الدلالات العلاجية المؤسسة على معرفة الاسباب لا يمكن اتمامها حيث ان أسباب هذا المرض غير واضحة فى الغالب ومع ذلك ينبغى تجنب اختلالات وظائف الهضم والتغذية بغاية الاحتراس عند الاطفال المستعدين لهذا المرض وهذا انفع من كثرة استعمال الجواهر الدوائية النوعية المشكوك فى نجاحها ولذا لا يستغرب من كون بعض الاطباء يوصى باستعمال الزئبق الحلو والراوند ونحوهما من الجواهر الدوائية فى هذا المرض والاطفال ذوو التغذية الصناعية الذين يظهر فيهم هذا المرض ينبغى ارضاعهم من الثدى والاطفال

المتقدمون

المتقدمون فى السن يؤمر لهم ان أمكن بتعاطى اللبن ثانيا اعطاء متعاقبا مع الاغذية الجيدة
وفى احوال تشنج المزمار الاستيرى تستدعى المعالجة السمية ابتداء معالجة المرض الاصلى الذى يكون فى الغالب مرضا موضعيا فى الرحم زيادة عما كان يظن سابقا غير أنه لا ينبغى فى هذا المرض اهمال استعمال الوسايط العلاجية المؤثرة فى العقل كما لا ينبغى اهمالها فى جميع الظواهر المرضية الاستيرية فكثيرا ما نرى شفاء شلل المزمار بل وشفاء تشنجه بواسطة التكهرب المحدود لعضلات الحنجرة ولا يمكن توجيه ذلك النجاح الا بتأثير هذه الاخيرة فى العقل وقد مدح المعلم (تو بولد) فى تشنج المزمار الذاتى الذى قد يشاهد احيانا عند البالغين من الذكور استعمال التيار الجلوانى المستمر وقال بنجاح ذلك نجاحا عظيما وكذا لا يمكن اتمام الدلالات العلاجية للمرض نفسه فان طبيعته غير واضحة بالكلية والموصى به المعلم (رومبرغ) فى هذا المرض هو استعمال الماء الحلتيتى المضاد للاستيريا
(تنبيه) كيفية استحضاره ان يؤخذ من الحلتيت والكستوريوم والصمغ النوشادرى والواريانا والمسر والانجليكا وغيرها من المواد العطرية قدر اثنى عشرة أوقية وينقع فى قدر ثلاثة ارطال من الماء الكؤلى المقطر ممزوجا بالشراب البسيط اجزاء متساوية فيعطى للطفل الذى أتى عليه حول من اربع ملاعق الى ستة كل يوم وعند تردد النوب ولو مع استعمال الحلتيت ينبغى أن يعطى بدلا عنه المسك العنبرنوعيا فى هذا المرض ومدحه كثير من الاطباء (بأن يؤخذ من ثلاثة دراهم الى اربعة من المسك ومن الصمغ العربى نصف درهم ومن الشراب البسيط وماء الشمر من كل منهما أوقية ومن محلول النوشادر الحاوى جرام واحد ويمزج جميع ذلك ويعطى منه ملعقة صغيرة فى كل نصف ساعة) وفى أثناء النوبة لا يمكن أن يعطى للاطفال جواهر دوائية لانهم لا قدرة لهم على الازدراد وينبغى فى اثناء النوبة ايقاف الطفل ورش وجهه بالماء البارد والتهوية عليه تهوية قوية ودلك ظهره وحقنه بمنقوع البابونج اومنقوع الواريانا ونحو ذلك ويؤمر له ايضا بوضع لبخ خردلية على الصدر أو الظهر ومن الجيد كذلك استعمال

حقنة من الحلتيت ان لم تنجح حقن البابونج والواريانا اى حشيشة الهر واستعمالها مدة النوب بدلا عما اذكروكيفية ذلك أن يؤخذ من الحلتيت من نصف درهم الى درهم ومن صفار البيض واحدة ويمزجان ثم يوضع ذلك فى منقوع جذر الواريانا (نصف اوقية منه فى أربع اواق من الماء) ويحقن بذلك مرتين

(المبحث الحادى عشر)

(فى شلل عضلات المزمار المعروف بانطفاء الصوت اوفقده الشللى)

من القريب للظن جدا كون كثير من الاحوال المرضية التى كانت تعتبر تشنجا فى المزمار لم تكن ناشئة عن تشنج فى عضلاته بل عن شلل فيها وعما يسهل علينا وضوح بعض أحوال تضايق التنفس الواصلة احيانا للاختناق و وصفها المعلم (رومبرغ) بانها تصطحب بشهيق صفيرى ذى لغط عال وصوت ابح أوخفى وعلى الخصوص بارتقاء تضايق النفس عند الالتجاء لفعل مجهودات تنفسية واعتبرها عرضا الشلل فى العصب الحنجرى الراجع وتوجيه هذا العرض واضح سيما عند حصوله للاطفال وقد ذكرنا عند الكلام على تضايق النفس الذى يصحب السعال الديكى ان هذا التضايق يشابه تضايق التنفس الذى يحصل للحيوانات الصغيرة المقطوع اعصابها المتحيرة أو الراجعة الحنجرية وذكرنا ايضا هنالك التوجيه الفسيولوجى مع غاية الايضاح فلا حاجة لذكره هنا ومع ذلك فلا نتعرض لهذا الشكل النادر جدا من شلل المزمار بل نتعرض فقط لذكر شلل عضلات المزمار الذى لا يضطرب فيه التنفس بل الذى فيه انقطاع التأثير العصبى لعضلات الحنجرة يمنع تموج الاحبلة الصوتية او يمنع تموجاتها رأسا ومثل هذه الاحوال يعبر عنها بفقد الصوت اوانطفائه الشللى

(كيفية الظهور والاسباب)

لاشك فى ان أحوال فقد الصوت الشللى كانت تعرف جيدا قبل اختراع المنظار الحنجرى وتلك الاحوال التى كان فيها فقد الصوت هو العرض الوحيد للداء الحنجرى وكان حصوله وزواله فجائيا ومع ذلك فقد استدل بالبحث بالمنظار الحنجرى دلالة قوية على اضطراب حركات العضلات الحنجرية

واحد دائه ابحة الصوت اوفقده بالكلية وفى غالب الاحوال التى ثبت فيها البحث بالمنظار الحنجرى فقد حركات عضلات الحنجرة أو بعضها فقدا تاما أو غير تام وجد أن هذا الشلل ظاهرة من جملة ظواهر الالتهابات الحنجرية النزلية حادة أو مزمنة اوغيرها من امراض الحنجرة وهذا الشكل يشبه بالكلية الشلل غير التام الذى يحصل فى الالياف العضلية للشعب والمعدة والمعى ولاسيما المثانة عند اصابة الاعضاء المذكورة بالالتهابات النزلية المزمنة ولا شك ان العضلات أو الفروع العصبية الرقيقة جدا المارة فيها تشترك معها فى الاضطراب الغذائى للغشاء المخاطى

وفى أحوال أخرى يكون كل من شلل المزمار وانطفاء الصوت الشللى ناشئا عن اضطرابات غذائية فى جذع العصب المتحير او أحد فروعه الصاعدة ومن هذا القبيل المشاهدات المهمة التى فيها يكون كل من شلل المزمار وانطفاء الصوت الشللى ناشئا عن انضغاط العصب الراجع أو تمزقه عقب الضغط الواقع عليه من أورام انورزماويه فى الاورطا او ورام سرطانية أو من العقد الليمفاوية الشعبية المنتفخة والتى اعتراها استحالات مرضية أو من مكاثفات ميلوراويه كائنة حول قمة الرئتين التى اعتراها الاستحالة الجبنية وهنالك بعض مشاهدات يتضح منها ان تأثير البرد كثيرا ماينتج عنه اضطرابات غذائية فى الفروع العصبية للعصب المتحير أو الراجع ينشأ عنها فقد قابلية تنبيهها بحيث ان العضلات المتوزعة فيها هذه الاعصاب تشل ومثل هذا الشلل الروماتزمى أكثر مايشاهد فى الاعصاب المعرضة لتاثير البرد بكثرة وذلك كالعصب الوجهى ومن المشكوك فيه ان شلل عضلات المزمار الناشئ عن التسمم بالجواهر المعدنية سيما التسمم الزحلى هل يعتبر شللا مركزيا أم دائريا ونحو ذلك يقال فى انطفاء الصوت الشللى الذى يعقب التيفوس او الدفتيرى او التسمم الاجامى كما يظن ومن النادر أن يكون شلل عضلات المزمار ذا ينبوع مركزى أى متعلق بمرض فى الدماغ او الجزء العنقى من النخاع الشوكى ولا نذكرها أغلب أحوال الامراض الدماغية الثقيلة التى تفقد المرضى التكلم فيها فان شلل عضلات المزمار فى مثل هؤلاء المرضى ليس مثبتا بل ولا قريبا للعقل فان الكلمات القليلة التى تتلفظ بها مثل هؤلاء المرضى تكون عادة

بصوت واضح غير متغير
وبعد الشكل السابق نذكر شكل فقد الصوت الشللي الاستيري لكثرة حصوله
بعد الشكل السابق وقد يشاهد هذا الشكل في النساء والرجال بعدد عظيم
وهذا الشلل الاستيري لا يعد من الشلل المركزي ولا من الشلل الدائري
بالمعنى الحقيق لهذه الالفاظ فقسميه تبعا للمعلم (رومبرغ) الذي يسمى بعض
اشكال التشنج بالتشنجات النفسية بالشلل النفسي أيضا فان قابلية تنبيه
الاعصاب الدائرية في هذا النوع من الامراض لم تزل محفوظة كما انه لا يمكن
اثبات تعلقها باضطرابات مرضية في المراكز العصبية المحركة وأما المؤثرات
النفسية فلها تسلطن عظيم في ظهور هذه التشنجات الاستيرية وزوالها بحيث
يمكن اعتبار منشا هذه الامراض بعض اجزاء الدماغ المتسلطنة على
الافعال النفسية

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية الناشئ عنها شلل المزمار وانطفاء الصوت لا يمكن
اثباتها في الجثة الا نادرا جدا ماعدا الاحوال التي فيها يكون هذا الشلل ناشئا
عن تغيرات جوهرية أي مادية في الحنجرة أو التي تكون فيها الجذوع العصبية
الحنجرية منضغطة أو متوترة بواسطة ضغط أورام أو تكاثفات بالوراوية وقد
أثبت كل من المعلم (ترك وبوهرد) ان عضلات الحنجرة كغيرها من العضلات
المنشلة يعتريها الضمور والاستحالة الشحمية متى بقيت منشلة زمنا طويلا

(الاعراض والسير)

الفعل الفسيولوجي لعضلات المزمار غير معروف لنا معرفة تامة فاننا لا نعرف
الا القليل جدا من نتيجة انقباض بعض عضلات المزمار ودرجة تعادلها
بانقباض عضلات أخرى مضادة لها في الفعل بحيث يمكننا الحكم من قبل مع
التأكيد على تغيرات الصوت التي تعقب ولابد شلل احدى العضلات
المزمارية أو جملة منها دون غيرها وكذا المشاهدات المرضية من الشلل المحض
للمزمار أعني غير المصحوب باسترخاء في الغشاء المخاطي ليست كثيرة العدد
جدا حتى يمكننا الآن توضيح بيان النسب الكائنة بين شلل المزمار الجزئي
واضطرابات تولد الصوت توضيحا تاما ومع ذلك فقد صار الاستدلال على بعض

-قائق فى هذا الخصوص من منذ اشتغال كل من المعلم (ترلك لوبين وجرهرد)
بهذه المسئلة وانبين ذلك مع الاختصار فنقول
حيث ان تقارب الاحبلة الصوتية وتوترها توترا طبيعيا يتعسر أو يتعذر
بواسطة شلل عضلات المزمار كان كل من بحة الصوت وانطفائه علامة كثيرة
الحصول جدا للشلل المزمار وفى غالب هذه الاحوال لايكون كل من تقارب
الاحبلة الصوتية وتوترها متغيرا عند فعل مجهودات الزحير أو السعال أو
الازدراد وهذا الشكل من شلل المزمار يسميه المعلم (ترلك) بشلل الصوت
المتعلق بالعاصرة المزمارية ضدا للشلل العمومى النادر من العاصرة المزمارية
الذى فيه لاينطبق المزمار ولو بفعل المجهودات السابق ذكرها وبحة الصوت
وانطفاؤه ليساهما الشكلين الوحيدين من تغير الصوت فى المرض الذى نحن
بصدده فان الشلل لايصيب فى جميع الاحوال العاصرة المزمارية فقد تشاهد
أحوال فيها يصيب الشلل عضلات احدى جهتى الحنجرة خصوصا عقب
الاصابات النزلية الحنجرية أو عقب انضغاط وتمزق أحد الاعصاب الراجعة
وتبقى عضلات الجهة الاخرى سليمة وفى مثل هذه الاحوال ينشأ صوت
ناصورى مستمر (يسمى بالصوت الناصورى) وهذا التغير يوجه بالكيفية
الآتية وهى ان الحبل الصوتى السليم يكون متمتعا بتموجاته الطبيعية
بخلاف الحبل الصوتى المنشل الذى يقرب فى الوضع من الخط المتوسط
للحنجرة الذى لايتوتر الا قليلا أو لايتوتر بالكلية فانه لايتموج منه الاجزء من
حافته والشلل القاصر على العضلات الدرقية الترجهالية الذى به يتعسر
قصر الاحبلة الصوتية وتوترها لاينتج عنه تبعا لرأى المعلم (جرهرد) صوت
منخفض فقط بل ينتج عنه كذلك عدم القدرة على احداث صوت خلافه
فالصوت يكون فى هذا المرض على الدوام بكيفية واحدة ومما ذكر مع
الاختصار يستبين ما استنتج من اشغال المعلمين السابق ذكرهما ويحرضنا
على البحث عن استكشافات جديدة فى هذا الخصوص
ثم ان تشخيص شلل المزمار لايمكن الا بواسطة المرآة الحنجرية ففى شلل
العاصرة المزمارية يتضح بالبحث بالمرآة الحنجرية انه وقت الشروع فى
احداث الصوت تبقى فوهة المزمار منفتحة ولا تتموج الاحبلة الصوتية

نموجا واضحا وفى أحوال شلل المزمار الجنبي يشاهد بروز الغضروف الترجهالي بروزا واضحا بحيث يصل الى الخط المتوسط للمزمار بل ويتجه الى الجهة المقابلة والحافة الانسية للحبل الصوتي المنشل تصل الى الخط المتوسط تقريبا وعند التنفس والاجتهاد فى التكلم والسعال لا يتحرك كل من الغضروف الترجهالى ولا الحبل الصوتي من الجهة المريضة الا قليلا أو لا يتحركان بالكلية وعند شلل العضلات الدرقية الترجهالية يبقى المزمار الصوتي عندما يريد المريض التكلم مكتسبا الشكل بيضاوى عريض تبعا للمعلم (برهرد)

(المعالجة)

من المهم فى معالجة شلل المزمار اتمام دلائل المعالجة السببية فان كان هذا الشلل حاصلا فى اثناء سير الالتهاب الحنجرى النزلى وجب استعمال معالجة موضعية قوية خصوصا المس بمحلول نترات الفضة مع النجاح غالبا وأما فى أحوال شلل المزمار الناتج عن تعير مرضى على مسير الفروع العصبية فلا يمكن اتمام دلالات المعالجة السببية فى كثير من الاحوال وفى أحوال أخرى قد ينتج عن تحليل أورام الغدة الدرقية أو العقد اللنفاوية العنقية او معالجة التسمم المعدنى أو استعمال المركبات الكينية اذ بتبعيد السبب قد يزول شلل المزمار وأما فى أحوال شلل المزمار المركزى فليس للمعالجة أدنى قوة غالبا وأما فى أحوال شلل المزمار الاستيرى فالغالب أن ينتج عن معالجة المرض الاصلى معالجة لائقة نجاح عظيم مستمر

وأما معالجة المرض نفسه فمن النادر امكان اتمامها فان أغلب اشكال هذا المرض ينتج عن اضطرابات غذائية وتغيرات مرضية عصبية مركزية أو دائرية لا يمكن شفاؤها فى الغالب ويستثنى من ذلك أشكال شلل المزمار الحديثة التى فيها قابلية تنبيه الاعصاب الدائرية تكون متناقصة بسبب الراحة المستطيلة أو التى فيها بتبعيد السبب الاصلى للشلل يعود للاعصاب الحنجرية قابلية تنبهها لكن بكيفية غير تامة وفى مثل هذه الانواع من الشلل يستعمل بنجاح عظيم التنبيه التدريجى للاعصاب بواسطة التيار الكهربائى

الجلوانى الموضعى الذى انتشر انتشارا عظيما فى مبدا استعماله حتى صار يستعمل فى جميع أنواع الشلل لكن صار الآن استعماله محدودا ومؤسسا على دلالات علاجية واضحة واستعمال هذا التيار الكهربائى الجلوانى الموضعى يظهر ان له فائدة واضحة فى هذا المرض أكثر منه فى غيره من أنواع الشلل فانه من منذ تشخيص هذا المرض تشخيصا اكيدا بواسطة المرآة الحنجرية ذكرت أحوال عديدة جدا من شفائه بواسطة استعمال التيار الكهربائى الجلوانى الطبى الموضعى (فقد ذكر الطبيب (التهوس) شفاء احدى عشرة حالة من ثلاثة عشرة حالة) ففى بعض الاحوال شوهد زوال انطفاء الصوت الشللى من أول مجلس استعملت فيه هذه الواسطة وفى كثير منها حصل تحسين واضح من أول الامر حصل أعقبه شفاء تام ولم يشاهد عدم نجاحه الا فى أحوال قليلة منها فان كان الشفاء فى مثل هذه الاحوال من اشكال انطفاء الصوت الاستيرى كان توجيه هذه المنفعة الوقتية واضحا فانه كثيرا مايرى زوالها عقب زوال الانفعالات النفسية أو استعمال التيار الكهربائى الخفيف على العنق لكن أحوال الشفاء المذكورة كانت متعلقة باشكال مختلفة من شلل المزمار بحيث لايشك فى حقيقتها لانها شوهدت من أطباء مشهورين يعتمد على دقة قولهم ومع ذلك فانى أعتقد بان المشاهدات الطبية الجديدة توضح لنا حقيقة هذه الظاهرة

ثم انه لاجل تنبيه العصب الحنجرى العلوى نختار تبعا للمعلم (جرهرد) الجزء من العنق المقابل للقرن العلوى من الغضروف الدرقى ولاجل تنبيه العصب الراجع يختار الجزء المقابل للقرن السفلى من هذا الغضروف والاجود فى احداث تأثير التيار الكهربائى فى هذا الاخير هو أن يوضع أحد الاقطاب على الصفر السابق ذكره والآخر حذاء قاعدة القص

(الفصل الثانى فى امراض القصبة الهوائية والشعب)

(المبحث الاول)

فى احتقان الغشاء المخاطى القصبى والشعبى والتهابه النزلى أعنى النزلة القصبية والشعبية

(كيفية الظهور والاسباب)

قدذكرنا فيما مر ان كل استقان عظيم فى الغشاء المخاطى ينتج عنه مجموع الاضطرابات الوظيفية والغذائية المعبر عنها بالالتهاب النزلى و بالنزلة وانه متى اعتبرنا النزلات من ضمن الالتهابات صار هنا معنى لفظة احتقان والتهاب واحدا مع انه لا يجوز لنا على العموم اختلاطهما ببعضهما

ثم ان الاستعداد للاصابة بالالتهاب النزلى للغشاء المخاطى الشعبى يختلف اختلافا عظيما باختلاف الاشخاص كما بينا ذلك عند الكلام على الالتهاب النزلى الحنجرى ولذا يسهل اصابة الشخص به تارة وتارة أخرى يعسر اصابته ولو كان السبب واحدا ثم ان زيادة احساس الجلد من تأثير التقلبات الجوية أو قلة مقاومة الغشاء المخاطى الشعبى وزيادة تأثره من النظريات التى يوجهها ان الشخص يصاب بهذا المرض بسهولة متى تعرض لمؤثرات مضرة ولو قليلة الشدة لكن قد دلت التجاريب على ان هناك بعض أحوال شخصية تعتبر من الامور المهيئة لهذا المرض

أولها سن الطفولية خصوصا زمن الاسنان فان الاطفال فى هذا السن يكون عندهم استعداد عظيم للاصابة بالالتهابات النزلية فى الاغشية المخاطية على العموم و بالالتهاب النزلى للغشاء المخاطى الشعبى على الخصوص وينسب ذلك لحركة التسنين كما تنسب له أيضا فى هذا السن الاسهالات المعوية النزلية المسماة باسهالات التسنين أيضا ويزول هذا الاستعداد فى سن الشبوبية ثم يعود فى سن الشيخوخة فتكون فيه النزلات الشعبية المزمنة كثيرة الحصول جدا ولذا يوجد عادة عدد عظيم من الشيوخ فى المارستانات مصابة بما يسمى بالسل الشعبى أى الالتهابات النزلية الشعبية المزمنة

ثانيها التغذية الرديئة واسترخاء البنية فان الاشخاص الضعاف البنية ذوى التغذية الرديئة ذوو استعداد للاصابة بالنزلات الشعبية وغيرها متى تعرضوا لاسباب مخصوصة ولو قليلة الشدة دون الاشخاص الاقوياء البنية ذوى التغذية الجيدة وينسب هذا الاستعداد لكثرة تأثير الغشاء المخاطى وسهولة اصابته اعنى قلة مقاومته عند تأثير الاسباب المضرة ويمكن أن يكون فى مثل هذه الاحوال ناشئا عن رداءة تغذى جدر الاوعية الشعرية وقلة مقاومتها ورخاوة المنسوجات المتوزعة هى فيها فان هذه الامور تورث بسهولة حصول

الاحتقانات والارتشاح فيها ومن هذا القبيل زيادة الاستعداد للاصابة بالنزلات الشعبية فى الاشخاص ذوى البنية الخنازيرية والراشستيمية الذين كثيرا مايشاهد فيهم الالتهابات النزلية وعلى الخصوص النزلات الشعبية

ثالثها زيادة الاستعداد لهذا المرض باعترائه للشخص مرة سابقة خصوصا اذا كان مصابا بامراض مزمنة فى جوهر الرئتين فانها تزيد فى الاستعداد لهذا المرض ازديادا عظيما ان لم تحدثها بدون واسطة وقول الاقدمين بأن محل التهيج تتوارد اليه السوائل والاخلاط ينطبق على هذا الامر ولو ان توارد الاخلاط ينتج عن تمدد الاوعية الآتية الى المحل المتهيج بسبب تناقص مقاومة جدر الاوعية الشعرية لاعن جذب المحل المتهيج للاخلاط كما كان يتصور فى الطب القديم ولنذكر اخيرا ان الترفه والتنعم يزيد فى الاستعداد للاصابة بهذا المرض ولذا ترى الاشخاص المترفهين يصابون به عقب تعرضهم لادنى أسباب مضرة دون الخشوشنين الاقوياء البنية

واما الاسباب المتممة التى تحدث النزلات الشعبية بسهولة اوصعوبة بحسب الاستعداد الشخصى فهى

اولا ان النزلة الشعبية تنشأ عن احتقان وريدى ناتج عن عوق استفراغ الاوردة الشعبية فانه من المعلوم ان الشرايين الشعبية التى تنشأ من الاورطى اومن الشرايين بين الاضلاع لاترسل الاجزأ من الدم المحتوية عليه الى الاوردة الشعبية وفيها يصل الدم الى الوريد الفرد ومنه الى الوريد الاجوف وان الجزء الاخير من الدم المحتوية عليه الاوردة الشعبية الصغيرة ينصب فى الاوردة الرئوية الكائنة فى جوهر الرئتين ويترتب على ذلك ان كلا من تضايق الفوهة الاذينية البطينية اليسرى الذى به يحصل عوق فى استفراغ دم الاذين اليسرى والاوردة الرئوية تبعا لذلك ومن عدم كفاية غلق الصمامات القلنسوية الذى به يتقهقر الدم مدة الاستول البطنى الى الاذين اليسرى ولايمكن به استفراغ الاوردة الرئوية كذلك استفراغا تاما يؤدى ابتداء الى احتقان عظيم فى الاوعية الشعرية للخلايا الرئوية ثم عند تقدم الآفة العضوية للقلب يحصل كذلك نزلة شعبية فتكون عرضا لازما

للآفات القلبية المذكورة وهذا الامر لا يمكن ادراكه اذا لم نعتبر ان جزأ من الدم الآتي من الغشاء المخاطي الشعبي لا يستفرغ في القلب الايمن بل يستفرغ في القلب الايسر وماذكر من ان الامراض المزمنة في الجوهر الرئوي تتضاعف بنزلات شعبية يتضح ان جزأ منه في التقممات الوعائية المذكورة فان دورة الجوهر ان اعتراها اضطراب عسر استفراغ دم الاوردة الشعبية الصغيرة في الاوردة الرئوية فينشأ عن ذلك احتقانات احتباسية في الشعب ترتقي الى درجة عظيمة جدا متى انضغط مع ذلك بعض الاوردة الشعبية انضغاطا ميخانيكيا بواسطة بورات التهابية اوتولدات جديدة في الجوهر الرئوي

ثانيا الاحوال التي فيها يجد التيار الدموي عائقا عظيما في سيره في الفروع العظيمة للاورطي اوفي هذا الجزء نفسه عقب خروج الشرايين الشعبية منه اذ بذلك تزداد ضغط الدم في الشرايين غير المنضغطة وغير المتضايقة فحينئذ تتمدد ويتضح الاحتقان الشرياني في فروعها الشعرية وبهذا النوع من الاحتقان الذي سماه المعلم (ورجوف) بالاحتقان التقممي الجانبي يحصل ازدياد في الضغط الجانبي للاوعية الشعرية الشعبية والسباتية وامتلاؤها عقب انضغاط الاورطي البطنية كما يحصل ذلك مثلا من تجمع سائل في البطن اومن امتلاء المعي بالمواد الثقلية او الغازات فيحصل حينئذ احتقانات تقممية جانبية نحو الصدر والراس وفي دور القشعريرة للحميات المتقطعة يعتري الدورة في جميع دائرة الجسم الظاهرة عوق عظيم بسبب انقباض الاوعية الشريانية الدائرية انقباضا تشنجيا وانكماش الجلد المعبر عنه بجلد الدجاجة ومن الجائز أن يكون هذا هو السبب ايضا في احداث النزلات الشعبية واحتقان هذا الغشاء المخاطي المضاعف للحميات المتقطعة ولذا يشاهد في بعض المرضى في اثناء دور القشعريرة سعال عنيف جدا

ثالثا تأثير المهيجات في الغشاء المخاطي الشعبي تأثيرا اواسطيا كالاتربة والابخرة والهواء الحار والبارد جدا فكل من تأثير هذه يورث الاحتقانات والنزلات الشعبية الاترى ان بعض الصنائعية كالفرانين والطحانين والنحاتين للاحجار وغيرهم عرضة لهذا المرض فيكادون دائما يكونون مصابين به

رابعا ان تأثير البرد الشديد فى الجلد وتأثير التقلبات الجوية عليه تأثيرا خفيا وليس عندنا كما ذكرنا فيما مر توجيه واضح نوجه به المشاهدة اليومية من ان الشخص الذى يكون فى حالة عرق متى تعرض فجأة لتيار الهواء يعتريه نزلات شعبية ولا يمكن توجيه ذلك بالاحتقان الجانبى التقممى فان الذى ادى هنا لحصول النزلات الشعبية انما هو تأثير تقلب الجو أو تيار الهواء لا البرد الشديد جدا وفى بعض البقاع المجاورة للبحار ذات الرياح العنيفة الرطبة قد تتسلطن النزلات الشعبية تسلطنا وطنيا بسبب كثرة التأثر من البرد والتعرض له

خامسا تظهر النزلات الشعبية مدة سير بعض الامراض الجمية العامة كالحصبة والتيفوس الطفحى والبطنى والجدرى وتنسب هذا التغير مرضى فى الدم اعنى لتحمل هذا السائل لجوهر سمى مجهول الطبيعة ومن الجائز أن يكون من الجواهر العضوية ونحن وان خفى علينا توجيه ذلك توجيها فسيولوجيا غيرأن الظاهر ان هذا التأثير يشبه ظواهر تسم الدم التى تحدث عند اعطاء مقدار عظيم من جواهر معدنية كيودور البوتاسيوم اذ من المعلوم ان استعمال هذا الجوهر لا يندر معه ظهور نزلات شعبية شديدة مصحوبة غالبا بطفح جلدى بدون ان يكون اثر فى الجلد او الغشاء المخاطى الشعبى سبب آخر

سادسا قد تحصل اوبية تظهر فيها التهابات شعبية شديدة مصحوبة بظواهر عامة ثقيلة جدا بتأثير مؤثرات جوية او ارضية ومن المشكوك فيه هل هذه الاصابات المرضية ناشئة عن تسمم مخصوص فى الدم مثل الامراض الجمية الطفحية المشابهة لها ومثل هذا الوباء يسمى بالجرب اى الالتهاب الشعبى الوبائى وأول ظهور هذا الوباء كان فى سنة ١٧٣٢ ميلادية ثم امتد من المشرق نحو المغرب فعم جميع اوروبا تقريبا بحيث ان المصاب به كان نحو نصف الاهالى وكان خطرا جدا فى الاطفال والشيوخ امابسبب شدة الحمى أو امتداد الالتهاب الى الفريعات الشعبية الدقيقة واشتراك الغشاء المخاطى للقناة الهضمية معها فى ذلك أو بسبب مضاعفات أخرى ومن التاريخ المذكور صار يتردد وباء هذا المرض جملة مرات سيما سنة ١٨٠٠

و ١٨٣٥ ومن هذا الزمن الاخير اعتادت الاطباء على أن تسمى كل التهاب شعبى ولو غير وبائى بالجرب مادام مصحوبا باعراض عامة ثقيلة واستعصى ومتى كان مصحوبا بتغير فى القناة الهضمية يسمونه بالجرب المعدى وهذه العادة جيدة فان كل شخص مصاب بحمى نزلية لا يتصور أنه مريض مرضا ثقيلا بحيث يلزم الفراش زمنا طويلا بخلاف ما اذا علم انه مصاب بالجرب فان وهمه يؤديه الى ملازمة الفراش نحو العشرة أيام بالرضا والقبول وبالجملة فالاسباب المتممة للنزلة الشعبية ليست واضحة فى كثير من الاحوال الا اذا اكتفى الطبيب مثل العوام بخبران المريض أصابه برد

(الصفات التشريحية)

يوجد فى الغشاء المخاطى للقصبة الهوائية والشعب فى أحوال الالتهاب النزلى الحاد احمرار منتشر تارة وتارة يكون بقعيا ناتج عن الاحتقان أو عن الاكوزس والغشاء المخاطى يظهر زيادة عن ذلك قاتما غير شفاف رخوا سهل التمزق وذلك ينتج عن ارتشاحه ارتشاحا أوذيماويا ناشئا عن زيادة ضغط الدم على جدر الاوعية الشعرية ومن هذا الارتشاح الاوذيماوى الذى يحصل أيضا فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى يحصل انتفاخ فى هذه الاجزاء به يضيق اتساع الشعب وكلما كان الشخص صغير السن وكان اتساع الشعب ضيقا فى الحالة الصحية سهل امتناع مرور الهواء عقب انتفاخ الغشاء المخاطى سيما فى التفرعات الثلاثية والرباعية للشعب وهذا الامر مهم من حيث اختلاف هذا المرض وتفاوت خطره فى الاطفال والمتقدمين فى السن

وفى الابتداء يكون الغشاء المخاطى جافا أو مغطى بافراز زج شفاف محتو على أخلية جديدة يندر أن تكون أخلية بشرية متخلية منقذفة ويزداد تكونها فيما بعد على السطح الظاهر من هذا الغشاء بحيث انها تنفصل قبل أن تتم استحالتها الى مادة مخاطية فتكتسب باختلاطها مع السائل المفرز بغزارة هيئة مصفرة متعكرة

وعند فتح الصدر لا تهبط الرئتان الا قليلا او لا تهبطان بالكلية متى كان الغشاء المخاطى الشعبى منتفخا والشعب الدقيقة متضايقة ومنسدة بمواد مخاطية

بل يشاهدان الرئتين تبرزان من تجويف الصدر المنفتح بقوة متى كان تضايق الفروع الشعبية وانسدادها بالمواد المخاطية واصلين لدرجة عظيمة جدا بحيث يتراءى ان تجويف الصدر لا يكاد يسعهما وفي الحقيقة لا يسع تجويف الصدر الرئتين مادام الهواء الذي احتوتا عليه غير منضغط فانه بحلول الموت تفقد الحركات التنفسية الشهيقية وتمدد الصدر لكن هواء الشهيق لا يمكن اذا ذاك خروجه منها لانسداد الشعب فيكون منضغطا ولا تتمدد بحيث يصل الى حجمه الاصلي الا بعد رفع القص وهذه الظاهرة لا ينبغي اختلاطها بالانفزيما الرئوية فانها المخالفة لها بالكلية

وفي الالتهاب الشعبي النزلي المزمن يظهر الغشاء المخاطي ذا لون مسمر ضارب الى الحمرة واوعيته متمددة دوالية وجوهره منتفخا غير مستو قليل المقاومة سهل التمزق والغشاء المخاطي نفسه يكون في حالة ضخامة سيما الاشرطة الليفية المستطيلة والطبقة العضلية تحت الغشاء المخاطي وحيث ان هذه الضخامة تصطحب بفقد مرونة الغشاء المخاطي والالياف الطويلة للشعب وتناقص قابلية انقباض الطبقة العضلية يصطحب الالتهاب الشعبي النزلي المزمن بسبب استرخاء جدر الشعب بتمدد منتشر في هذا العضو وهذا التمدد المنتشر للشعب قد يصل الى درجة عظيمة جدا بحيث ان الشعب ولو الدقيقة منها تبقى منفتحة بعد قطعها وتصل الى اتساع عظيم مثل الفروع الشعبية التي نشأت منها واما التمدد الجيبي للشعب فسنوضحه في امراض الرئتين حيث انه يصطحب على الدوام بتغيرات عظيمة في جوهر هذا العضو وكذا الانفزيما الرئوية التي هي من النتائج الكثيرة الحصول للالتهاب الشعبي المزمن

والطبقة البشرية الطبيعية للشعب تفقد في أغلب أحوال الالتهاب الشعبي النزلي المزمن والغالب أن يكون الغشاء المخاطي مغطى بطبقة كثيفة من افراز مصفر قيحي محتو على أخلية جديدة بكثرة وقد يكون مغطى بافراز لزج زجاجي نصف شفاف قليل الكمية وفي هذه الحالة الاخيرة التي يصل فيها انتفاخ الغشاء المخاطي والمنسوج الخلوي تحته الى درجة عظيمة يسمى الالتهاب النزلي الشعبي بالجاف وأما اذا كان النضح غزيرا فانه يملأ الفروع

الشعبية الدقيقة بتمامها وأما الفروع الغليظة فانه يكون فيها اختلاط بالهواء ولذا يظهر رغويا

وأما الفروع الجرابية والمنتشرة التي شرحناها في التهاب الغشاء المخاطي الحنجري فوجودها في الشعب نادر جدا وقال (رين هارد) انه انوجد فقط في الفروع الشعبية الدقيقة عندما تكون مخاطة بجوهر رئوي اعترته استحالة جبنية وزعم ان تلاشي المنسوج الرئوي الجبني ناشئ من هذه الفروع عقب فساد الجدر الشعبية الدقيقة ونحن كذلك نوافقه في هذا الرأي بالنسبة للسل الرئوي الناشئ عن الالتهابات الرئوية المفسدة

(الاعراض والسير)

الالتهاب النزلي الحاد للقصبة الهوائية والشعب الغليظة يكون في الغالب مصطحبا بالتهاب نزلي في الحنجرة والانف والجيوب الجبهية وبالتهاب نزلي في الملتحمة أيضا ويقل امتداده الى الفروع الشعبية الدقيقة وكلما كان الالتهاب كثير الامتداد كثر ابتداؤه باحساس ببرودة وقشعريرة شديدة في الاشخاص المترهفين والغالب أن تتكرر هذه القشعريرات جملة مرات مدة سير هذا المرض خصوصا عند التقلبات الجوية وتغيير الملابس او الفراش وبندران تحصل نوبة القشعريرة مرة واحدة ومعرفة ما ذكرناه مهمة لاجل تشخيص ابتداء الحمى النزلية وتمييزها عن ابتداء الحمى الالتهابية وفي أثناء الفترات بين نوب القشعريرة تحس المرضى بحرارة محرقة في الجسم بدون أن يظهر في الترمومتر ارتفاع في درجة الحرارة بنسبة هذا الاحساس وينضم لذلك صداع جبهي شديد وازدياد في ضربات الشرايين الصدغية وتكسر في الاطراف واحساس بآلام في المفاصل يزداد بالضغط فيكون وصف الحمى حينئذ نزليا روماتزميا واذا فقدت الشهية وتغطى اللسان بطبقة سميكة يسميها بعضهم بالحمى المعدية النزلية الروماتزمية وبالجملة فان الحمى النزلية لهذا المرض تتصف باحساس بضعف عظيم جدا بحيث لا يكون بنسبة الارتفاع القليل لدرجة الحرارة وبسرعة النبض التي بندرأن تجاوز ٨٠ أو ١٠٠ ضربة في الدقيقة وفي الاطفال والاشخاص الكثيرة التهيج ينضم لذلك هذيان احيانا بل تشنجات في بعض الاحوال النادرة في الاطفال الكثيرة

الاحساس

الاحساس وهذه الاعراض تحدث اضطرابا عظيما لامهات الاطفال بل وللاطباء الى أن يحصل سيلان غزير من الانف او اعطاس يزيل ظن تكون آفة فى المخ وفى مثل هذه الاحوال ان كان الطبيب قد أمر فى اليوم السابق بارسال العلق على الرأس وكان عنده ريب من حالة المريض يزول ريبه متى اتضح فى اليوم التالى السيلان الغزير من الانف بل ويتضح أيضا للعوام ان المرض ليس بثقيل ثم ان الالتهاب النزلى للقصبة الهوائية والشعب الغليظة الذى لا يكون مصحوبا دائما بحمى نزلية بل قد يقطع سيره من الابتداء الى الانتهاء بدون حركة حمية يكون مصحوبا فى الغالب باحساس مؤلم على مسير القصبة الهوائية وخلف القص كالاحساس بالدغدغة او بدخول غازات ساخنة فى الصدر وكالاحساس بحرقان أو بجرح فيه ولا يندر ان يكون جلد القص مع ذلك متزايد الحساسية ويعتبر ذلك ظاهرة انعكاسية أى تنبها منتقلا بواسطة بعض العقد العصبية المركزية من الاعصاب الحسية للغشاء المخاطى الشعبى الى الاعصاب الجلدية

والسعال فى هذا المرض لا يكون مؤلما جدا كما ذكرنا ذلك فى الالتهاب النزلى الحاد للغشاء المخاطى الحنجرى ذى الاعصاب الكثيرة وهنا تفقد نغمة الصوت والبصاق يكون فى الابتداء قليلا او مفقودا بالكلية ثم يصير النفث فيما بعد غزيرا وحيث ان الافرازات تكون آتية من الشعب الغليظة فأقل حركة سعالية تكفى فى انقذافه فيحس المريض بسهولة انحلال وخروج البلغم وفى الابتداء يكون النفث المنقذف شفافا زجاجيا ثم يصير مصفرا عكرا

ومن الواضح انه لا يوجد فى الالتهاب النزلى للقصبة الهوائية والشعب الغليظة ضيق فى التنفس نعم يشتكى المريض باحساس بثقل فى الصدر فان انتفاخ الغشاء المخاطى الشعبى وغزارة افرازه وان عظما لا يحدثان ضيقا عظيما فى القطر الواسع لهذه القنوات الهوائية والقرع فى هذا المرض لا يظهر تغيرات فى الصدر فان تموجات جدره واحتواء الرئتين على الهواء يبقيان على الحالة الصحية كما ان التسمع لا يظهر تغيرات فى كثير من الاحوال أعنى انه يسمع اللغط الشفطى للتنفس الذى يحدثه الهواء الداخل بالشهيق

فى محل انقسام الفروع الشعبية الدقيقة وفى الحويصلات الرئوية وهذا اللغط هو المسمى بالتنفس الحويصلى فحينئذ متى اعترى المريض سعال وخرج منه نفث وظهرت بقية اعراض الالتهاب الشعبى ولم يسمع فى الصدر الا تنفس حويصلى جاز أن يكون هنالك التهاب شعبى نزلى فى الشعب الغليظة دون الفروع الشعبية الدقيقة ثم اذا كان الغشاء المخاطى للجذوع الشعبية الغليظة منتفخا انتفاخا عظيما فى صفر محدودا وتجمع عليه مواد مخاطية لزجة فى صفر محدود أيضا نشأ عن احتكاك الهواء عند مروره من الشعب كروره من أنبوبة لغط شبيه بالخرخرة المعزية او الشخير يسمى باللغط الشخيرى وباللغط الرنان وهذا اللغط لا يسمع فقط عند وضع الاذن على الصدر أعلى محل منشأ هذا اللغط بل فى امتداد عظيم من الصدر ويكون مصحوبا فى الغالب باهتزازات محسوسة فى جدر هذا التجويف وأما اذا اجتمعت كمية عظيمة من الافراز المخاطى فى الجذوع الشعبية الغليظة وتراكمت فيها فانه ينتج عن ذلك بسبب تحرك هذا الافراز وتقطعه عند مرور الهواء تكوّن حويصلات ممتلئة بالهواء تتمزق بسرعة فتسمع حينئذ خرخرة فقاعية ولكون هذه الحويصلات أعظم حجما من الحويصلات التى تتكون فى الفروع الشعبية الدقيقة تسمى هذه الخرخرة بالخرخرة الفقاعية الغليظة تمييزا لها عن التى تحصل فى الفروع الدقيقة الشعبية المعروفة بالخرخرة الفقاعية الرقيقة

ثم ان الالتهاب النزلى للقصبة الهوائية والشعب الغليظة الذى تسميه العوام بالنزلة الرئوية الخفيفة يكون فى الغالب ذا سير حاد سريع فالحمى تزول شيأ فشيأ اذا كانت مصاحبة له وينقذف بواسطة السعال نفث مخاطى قيحى متجانس خصوصا عند الصباح ثم يزول بالكلية هو وبقية اعراض هذا المرض

واما اعراض الالتهاب النزلى الحاد للفروع الشعبية الدقيقة فتختلف باختلاف السن من بلوغ وطفولية اولى وثانية فاما البالغون فيكون هذا المرض فيهم عند امتداده فى الفروع الشعبية الدقيقة مصحوبا غالبا بالاعراض الحمية العامة التى تقدم تسميتها بالحمى النزلية ثم ان الفروع

الشعبية الدقيقة لعدم احساسها اذا كان الالتهاب النزلى قاصرا عليها لا تكون مجلسا للاحساس بالدغدغة او الحرقان ولا للاحساس بالجرح الذى يكون مصحوبا به الالتهاب النزلى للفروع الشعبية الغليظة فاذا حصلت الآلام فى مقدم الصدر اوفى جانبه مدة سير هذا المرض دل ذلك على عروض مضاعفة نعم من الجائز حصول آلام فى محل اندغام عضلات الصدر والجهة العليا من البطن عند استقرار هذا المرض زمنا طويلا بسبب زيادة تعب العضلات البطنية من حركات السعال الشديدة وهذه الآلام التى تشاهد فى غير عضلات البطن عند ازدياد تعبها ومشاقها تزيد عند تزحزح اليافها خصوصا بالسعال ولذا ترى المريض يضطر من نفسه الى الجلوس وقت السعال لاجل ارتخاء عضلات البطن

والسعال فى هذا الشكل أشد منه فى الشكل السابق ونوبه اكثر طولا ولا يحصل النفث فيه بسهولة بمعنى ان المريض يعسر عليه قذف الافراز المخاطى من الفروع الشعبية الدقيقة بالهواء المنقذف من الحويصلات الرئوية بحركة السعال والنفث الذى يكون هنا ايضا قليلا فى الابتداء يفرز بكثرة فيما بعد ويكابد التغيرات التى ذكرناها مدة سير هذا المرض ويظهر هيئة مخصوصة اذا ألقى فى الماء فان الافراز النزلى الآتى للفريعات الشعبية الدقيقة لكونه غير مختلط بالهواء يكون اكثر ثقلا من الماء فيغطس فيه لكن لكونه ذا تماسك ولزوجة لا يحفظ شكل الفريعات الشعبية الدقيقة بل يلتصق مع ذلك بالافراز الشعبى الخفيف الزبدى المختلط بالهواء الآتى من الشعب الغليظة الذى هو أخف من الماء العائم على سطحه ولذا ترى النفث فى الالتهاب الشعبى الحاد مكونا طبقة زبدية عائمة على سطح الماء متعلق بها اخيطة دقيقة من مواد مخاطية لزجة ساقطة الى اسفل

والالتهاب النزلى للفريعات الشعبية الدقيقة متى كان عظيم الامتداد يصطحب دائما بضيق فى النفس لكن ضيق النفس فى البالغين لا يظهر غالبا الا بعسر وتعب فى التنفس ويتيسر لهم دائما جذب الهواء الى الحويصلات الرئوية فلا يكاد يوجد فى المريض احساس بضجر واختناق وحيث ان هذا المرض عند البالغين لا ينتج عنه الا مكابدات خفيفة وينتج عنه عكس

ذلك فى الاطفال اعراض شديدة جدا مهددة لحياتهم التزمنا ان نشرح
كلا من هذين الشكلين على حدته وقد ينضم للالتهاب النزلى للفروع الشعبية
الدقيقة فى البالغين عسر عظيم فى التنفس ذو نوب دورية الان هذا التردد
الدورى يثبت ان الالتهاب النزلى مضاعف بمرض عصبى فى العصب الرئوى
المعدى به تنقبض الطبقة العضلية للشعب انقباضا تشنجيا
ثم ان صوت القرع على الصدر فى هذا الشكل من الالتهاب الشعبى لا يتغير
كما انه لا يتغير فى التهاب الشعب الغليظة نعم بالتسمع يسمع فى القريعات
الشعبية الدقيقة عقب انتفاخ غشائها المخاطى بدلا عن الخراخر الرنانة
الشخيرية خراخر صفيرية ومتى حصل ازدياد فى المرض وازداد الافراز
المرضى الشعبى احست الاذن المتسمعة بخراخر فقاعية دقيقة وذلك لان
الفقاعات العظيمة لا يمكن تكونها فى الشعب الدقيقة
والالتهاب النزلى للفروع الشعبية الدقيقة فى البالغين ينتهى عادة بعد ٨
أيام او ١٤ فتحط الحمى ويزول كل من السعال والنفث وعسر التنفس
الخفيف المصاحب لهما وفى احوال اخرى ينتقل الى حالة النزلة الشعبية
المزمنة ويندر أن ينتج عنه خطر عظيم
وذلك انه متى حصل هذا الالتهاب النزلى الحاد للقريعات الشعبية الدقيقة
فى الشيوخ او الشبان المنهوكين وكان مصحوبا بحمى شديدة اكتسبت
الحمى المذكورة صفة الضعف وانضمت له اعراض يعبر عنها باعراض الحالة
العصبية وهى حالة تخشاها العوام جدا فتضطرب الحواس ويحصل هذيان
اوكوما اى سبات ويشاهد هنا أيضا جفاف عظيم جدا فى اللسان وهذا
العرض الاخير مهم جدا من حيث تشخيص هذا المرض والحكم على العاقبة
فيه ويصير النبض صغيرا جدا غير منتظم او متواترا بالكلية والجلد الذى كان
جافا فى الابتداء يكون مندى على الدوام بعرق غزير وتظهر خراخر فقاعية فى
الصدر غليظة او دقيقة على حسب مجلسها من الشعب الدقيقة أو الغليظة
لا تزول عقب السعال ثم ينتهى الحال بظهور خراخرذات فقاعات غليظة
عظيمة جدا بحيث تسمع من بعيد وتحصل فى القصبة الهوائية وهذه الخراخر
تسمى عند العوام خرخرة او غرغرة الموت ويكون المريض فى اثنائها فاقدا

للادوار فتعلن بقرب الانتهاء المحزن ولذا كان الاقدمون يسمون المرض فى مثل هذه الحالة بالالتهاب الرئوى الضعفى والشيخوخى فان المريض هنا تنتهى حياته فى أيام قلائل بالتهاب شعبى نزلى بسيط لكن الخطر هنا لا ينتج عن ثقل المرض وخبثه بل عن حالة الشخص نفسه فان جميع الامراض التى تصيب الشيوخ او الاشخاص المنهوكين سيما الامراض الحمية تكون على الدوام مهددة لحياتهم فان الحمى التى من اعراضها الملازمة ارتفاع درجة الحرارة ومن اسبابها الاولية ارتفاع حركة الاحتراق العنصرى وازدياد حركة التحليل العنصرى تنهك بسرعة فى مثل هذه الاحوال ما بقى من القوة الحيوية الضعيفة فى مثل هؤلاء الاشخاص وجميع هذه الظواهر ليست خاصة بمثل هذا المرض فانها تحصل بأى مرض حمى ينهك الجسم ويمكن الطبيب فى مثل هذه الاحوال التعشم بنجاة المريض ان لم تكتسب حالة المرض الصفة العصبية فانه يشاهد دائما ان وظائف الدماغ تضطرب قبل حصول الانتهاء المحزن وذلك لكون تغذيته تتم بصورة مرضية من تحمل الدم وانشحانه بمواد الفساد والانحلال الغريبة وان اللسان جاف وذلك لان جزأ عظيما من المواد المائية للجسم يتصاعد بخارا من ارتفاع درجة الحرارة وان النبض يصير صغيرا متواترا جدا نحو الانتهاء كما يكاد يحصل ذلك فى جميع الامراض الحادة وان الطبقة العضلية للجلد تنشل فيسترخى الجلد ويتندى بعرق غزير يعرف بعرق الموت ومثل ذلك يقال فى الشعب فانه بانقباض طبقتها العضلية يتقذف الافراز المتراكم فى الشعب فان انشلت تراكم الافراز فيها وانضم له اوذيما الرئتين وحصل الاختناق من تراكم الافراز ولا جرم أن خطر هذا الشكل من الالتهاب الشعبى المعروف بالالتهاب الشيخوخى الذى هو فى الحقيقة ليس الا التهابا نزليا غالبا مصيبا الاشخاص منهوكين بالالتهاب الشعبى النزلى المزمن الذى ينتج عنه استرخاء فى الطبقة العضلية الشعبية فى حد ذاته

وأما النزلة الشعبية الحادة للشعب الدقيقة فى الاطفال فان اعراضها تكون فيهم ثقيلة للغاية لان الالتهاب النزلى الحاد للفروع الشعبية الدقيقة وان كان غير خطر فى البالغين وخطرا فى الشيوخ بسبب الحمى المصاحبة له فقط يكون فى الاطفال ثقيلا خطرا للغاية بسبب الضيق الطبيعى للشعب فيهم وانسدادا

بالكلام هنا على الالتهابات النزلية الشديدة للشعب الدقيقة التي تظهر زمن التسنين وتكون خطرة جدا في الاطفال وهي المعروفة بالالتهابات الشعبية الشعرية ولا مانع من تسميتها بذلك مادامت حالة مرضية ليست مخالفة للتغير المرضي النزلي الذي نحن بصدده فنقول هذا المرض يبتدئ احيانا بظواهر التهاب نزلي في الفروع الشعبية الغليظة فيكون في الظاهر غير خطر لكن كلما امتد الالتهاب في الفروع الشعبية الضيقة الدقيقة ازداد امتناع الهواء عن النفوذ والمرور من الحويصلات الرئوية فلا يقتصر الحال حينئذ على الاحساس بالتوعك كما يحصل ذلك للبالغين متى اصيبوا بهذا المرض بل يظهر في الاطفال احساس في الصدر بالضيق والضجر العظيمين اللذين يصاحبان على الدوام عدم دخول مقدار كاف من الاوكسجين في هذا التجويف وعوق خروج حمض الكربون منه فيتضح حينئذ في الطفل المصاب بالالتهاب الشعبي الشعري اعني الذي تكون فيه الانتهاآت الدقيقة للفروع الشعبية متضايقة او منسدة بواسطة الالتهاب النزلي البسيط عين القلق والضجر والمجهودات التنفسية الشاقة والبأس التي شرحناها في الالتهاب الحنجري ذي الغشاء الكاذب بحيث ان الطبيب عند دخوله على الطفل المريض يسمع قريبه من فراشه الخراخر الصفيرية والازيز التي يحدثها الهواء المندفع بقوة من القنوات الهوائية المتضايقة وهذه الخراخر الصفيرية تصحب كلا من الشهيق والزفير ويسهل تمييزها عن الالغاط التنفسية الصفيرية للالتهاب الحنجري ذي الغشاء الكاذب فانه يتضح بسهولة انها ليست متكونة في قناة واحدة متضايقة بل في جملة قنوات دقيقة فان تركت قوى الطفل المريض على حالتها ولم تضعف بواسطة الاستفراغات الدموية او المقيئات امكنه جذب الهواء في الحويصلات الرئوية مدة طويلة بواسطة المجهودات التنفسية الشاقة ويصير وجه الطفل في اثناء نوب السعال الشديدة المتعبة التي لا يقذف بها الا قليل من النفث (فان الطفل يزدرد غالبه) ذا لون محمر او مزرق فانه في اثناء نوب السعال المذكورة ينضغط ما احتوى عليه تجويف الصدر من الاعضاء ويصير سير الدم في الاوردة الوجهية معوقا كما يحصل ذلك في كل سعال شديد شاق غير أن الطفل في غير

وقت نوب السعال يكتسب لونه الطبيعي وتنعكس الصورة المرضية فيما بعد متى لم يمكنه ادخال كمية كافية من الهواء فى الحويصلات الرئوية (وكثيرا ما يكون هذا من خطا الطبيب) سواء انحطت قوى الطفل فلم يمكنه فعل انقباضات عضلية قوية بعضلات الشهيق كالتى يستدعيها العائق الموجود فى الشعب أو ازداد العائق المذكور نفسه ازديادا عظيما بحيث ينسد عدد عظيم من الفروع الشعبية فحينئذ يصير النبض صغيرا بعد أن كان عظيما ممتلئا والجلد الحار باردا والوجه منتقعا باهتا بعد أن كان محمرا والضجر ينتقل الى حالة الثبات وتتضح الحالة المعلومة للتسمم الحاد بحمض الكربون ولا يعسر علينا معرفة درجة عظم الخطر متى اعتبرنا الامور الآتية وذلك انه مادام كل من القسم الشراسيفى والمراقيز ينجذب ويبرز فى اثناء الشهيق يدل ذلك على دخول الهواء فى الحويصلات الرئوية بكمية كافية وأما متى رأينا عكس ذلك بمعنى ان كلا من الحفر فوق الترقوة والقسم الشراسيفى ينخسف ويهبط شدة حركات الشهيق انخسافا عظيما والاضلاع السفلى تنجذب الى الداخل فان ذلك يدل مع التأكيد على تخلخل الهواء المحتوية عليه الحويصلات الرئوية فانه مع ضيق الشعب لا يمكن تجدد الهواء فى الحويصلات المذكورة وبعبارة أخرى يصير التنفس غير كاف وهنا عرض آخر مهم دال على التنفس غير الكافى (وهذا العرض غير معتنى به الى الآن أو يوجه توجيها غير مصيب) وهو تحدب كل من قسم الحفرة فوق الترقوة وتحتها وضعف حركات التنفس فى هذين القسمين من الصدر بحيث ان امهات الاطفال كثيرا ما يلاحظن قبل الطبيب ان الطفل صار صدره مرتفعا جدا بارزا فى اثناء مرضه وهذه الظاهرة تتعلق باستمرار حالة توتر الحويصلات الرئوية كالتى تحصل فى اثناء كل شهيق قوى ولا ينبغى اختلاطها بالانفزيما الرئوية الحويصلية فان ذلك عبارة عن استمرار الحويصلات الرئوية فى حالة شدة التمدد التى يمكن ان تصل اليه فى الحالة الطبيعية فى اثناء الشهيق القوى واما فى الانفزيما الرئوية فالامر بالعكس فانها عبارة عن تمدد الحويصلات الرئوية تمددا زائدا عن الحالة الطبيعية فكلتا الحالتين مخالفتان لبعضهما حينئذ ومن المستغرب اختلاطهما ببعضهما كثيرا ثم ان كيفية حصول تمدد

الحويصلات الرئوية المستمر عند الشهيق يظهر عسر الإيضاح متى اعتبرنا كيفية حصول حركات التنفس الطبيعية اعتبارا واسطعيا فانه يظهر من القريب للعقل ان العوائق التى مجلسها الشعب الدقيقة كما يمكن قهرها بمجهودات عضلات الشهيق تنقهر أيضا ولابد بمجهودات عضلات الزفير حيث دلت التجاريب على ان مجهودات عضلات الزفير أقوى من مجهودات عضلات الشهيق وبعبارة أخرى ان قوة ضغط الزفير أقوى من قوة ضغط الشهيق كما يعبر به القسيو لوجيون ومع ذلك لو اعتبرنا حالة الزفير الشاق وحالة الرئة التى اعتراها الالتهاب الشعبي الشعرى الشديد الممتد لاتضح لنا عكس ذلك فانه فى اثناء الزفير الشاق يندفع الحجاب الحاجز الى اعلى بواسطة انقباضات العضلات البطنية القوية فيضغط على الرئة ضغطا شديدا لكن هذا الضغط كما انه يقع على الحويصلات الرئوية يؤثر كذلك فى الفروع الشعبية المتضايقة ولذا يحصل بالزفير الشاق فى الاشخاص السليمين انضغاط التفرعات الشعبية الدقيقة بحيث يظهر فيهم لغط صفيرى ممتد فان كانت تلك الفروع الشعبية الدقيقة متضايقة بواسطة الالتهاب النزلى فلا بد وان تنسد بالكلية عند الزفير العنيف فالحويصلات الرئوية لا يمكن استفراغها فى الهواء فان الضغط يزيد فى انسداد فوهاتها ولذا كانت الرئة التى اعتراها هذا المرض لا يمكن تصغير حجمها بالضغط عليها من الظاهر ولو بعد نزعها من الجثة والذى ادانا الى هذا التوجيه البسيط كثرة ملاحظة المرضى التى تتم حركات الزفير بواسطة مجهودات العضلات البطنية والذين يكون الزفير فيهم شاقا ولا يسمع لهم خراخر أو الغاط صفيرية الا مدة الزفير الشاق المذكور وعند وضع الاذن على الصدر والتسمع لا يسمع الا الخرخرة الصفيرية الممتدة فانه لا يدخل فى الحويصلات الرئوية الا القليل من الهواء مع البطء العظيم بحيث لا يحدث اللغط التنفس الشفطى المعبر عنه بالتنفس الحويصلى حتى ان حصل هذا اللغط الاخير الطبيعى وتم فى بعض اجزاء الرئة تغطى واختفى بالخراخر الصفيرية ثم فيما بعد اى عند تقدم سير المرض تسمع خراخر فقاعية دقيقة ممتدة

وأما الالتهاب الشعبي النزلى للمولودين جديدا فكثيرا ما يعترى هؤلاء الاطفال التهابات نزلية فى المسالك التنفسية سيما متى لم تحفظ من تأثير البرد عند غسلها

واستحمامها حفظا جيدا واعراض هذه الالتهابات النزلية وان كان التغير المرضى فيها واحدا يكاد لا يوجد لها أدنى مشابهة بالاحوال النزلية المتقدم ذكرها والمرض فى مثل هذه الاحوال يكاد لا يعرف على الدوام من الاطباء الخالين عن المعارف الفسيولوجية فيظنون ان الطفل مصاب بمرض عضوى فى القلب ويرون ان الموت المعجل له فيه راحة ومثل هؤلاء الاطفال يكون قد حصل لهم عطاس وسعال خفيف زمنا فزمنا وصحة ظاهرية وفيهم ميل عظيم للنعاس بحيث ان أهاليهم يفرحون من سكوتهم فلا يتيقظون للتنفس السطحى الموجود فيهم ولا يندب الطبيب بل اذا ندب لا يجد اهمية للبحث عن حالة التنفس ثم يحصل فى حالة الطفل تغير عظيم بغتة فيصير الوجه باهتا أو ترابيا مزرقا مثل لون باقى الجسم والانف مدببا والاعين تفقد لمعانها ويرتخى ذراعا الطفل وفخذاه وتتناقص الحرارة الجلدية ويصير توزيعها غير مستو فيشخص انه مصاب بحالة سيانوزية حادة وبذلك تختلط الاحوال التى فيها تحصل الاحتقانات الاحتباسية العظيمة فى المجموع الوريدى مع الاحوال التى فيها تكتسب الشفتان الباهتتان لونا مزرقا قبيل الموت وهذه الاحوال تنشأ عن توزيع الدم الذى يوجد فى الجثة وهو أن الشرايين تصير فارغة منقبضة وتدفع متحصلها فى الاوعية الشعرية والاوردة

وتوجيه الاعراض المذكورة سهل وهو أنه مادام المرض قاصرا فى مثل هؤلاء الاطفال المولودين جديدا على الزكام والحالة النزلية للشعب الغليظة كان المرض فى الحقيقة غير خطر ثم فيما بعد يمتد الالتهاب النزلى الى الفروع الشعبية الدقيقة وحيث ان هذه القنوات ضيقة جدا بطبيعتها فانها تنسد بسهولة والطفل القليل النمو جدا لا يمكنه مع ذلك فعل مجهودات تنفسية قوية لاجل قهر العائق والالغاط المرضية اى الخراخر الصفيرية التى تنشأ فى مثل هذا المرض تفقد بالكلية فلا يركن اليها فى التشخيص كما ان الطفل فى مثل هذه الحالة لا يوجد فيه سعال شديد مثل طفل متقدم عنه فى السن حيث ان المقصود من نوب السعال تبعيد العائق التنفسى جزأ منها غير ارادى والجزء الآخر يتم بالارادة وليس للطفل المولود جديدا تجاريب وادراك حق يستعمل لاجل اتمام هذا القصد ولذا تظهر بسرعة ظواهر التسمم الحاد

بحمض الكربون ظهور الجثا ثامتى امتد الالتهاب النزلى الى الفروع الشعبية الدقيقة

ثم اذا تيسر احداث صياح وتقايؤ فى الطفل بهما تحصل حركات تنفسية قوية دخل الهواء بكمية كافية احيانا فى الحويصلات الرئوية فتزول ظواهر التسمم بحمض الكربون شيأ فشيأ وكذا ظواهر الشلل وحيث يبتدئ القلب فى الانقباض بقوة فان الدم يسيل من جديد فى الشرايين ومنها الى الاوردة ومنها الى القلب ثانيا فترجع الدورة الى حالتها الطبيعية وبها يعود اللون الطبيعى للجلد والحرارة أيضا

وكثيرا ما تتكرر النوب المذكورة فلا يمكن زوال العائق الساد للشعب وسلوكها فتهلك الاطفال فى النوب التالية فان لم تفعل الصفات التشريحية بالدقة مع عدم معرفة الحالة بقى سبب الموت خفيا غالبا مالم يوجد هبوط ممتد فى الحويصلات الرئوية المعروف بالاتلكتازيا فصاحب لذلك فلا يبحث بالدقة عن حالة الشعب بسبب عدم وجود الظواهر المرضية للالتهاب الشعبى الشعرى النزلى مدة الحياة

واما الالتهاب الشعبى النزلى المزمن فان الاعراض التى شرحناها فى الالتهاب الشعبى النزلى الحاد لا تتغير فيه الا قليلا وهذا الالتهاب مرض كثير الانتشار جدا ومجلس التغير المرضى فى هذا الشكل لا يكون قاصرا على بعض اجزاء الغشاء المخاطى الشعبى كما فى الالتهاب النزلى الحاد للشعب بل التغيرات المرضية التى شرحناها فيما تقدم تمتد فى القصبة الهوائية الى التفرعات الشعبية الدقيقة تارة كثيرة الوضوح وتارة قليلته

وحصول هذا المرض يكاد يكون دائما عقب تردد الالتهاب الحاد للشعب فى فصل الشتاء والربيع والخريف واستمراره زمنا طويلا وأما فى أثناء الصيف فتتجرد المرضى منه أو يكون فى حالة مطاقة الى ان تصير اعراضه مستمرة وأصعب اشكال هذا المرض واشدها تعبا للمريض الشكل الذى فيه يوجد افراز شعبى سنجابى لزج متماسك بالغشاء المخاطى المنتفخ وأما اشكال هذا الالتهاب المصحوبة بافراز غزير مائع مصفر فانها تكون قليلة المشقة على المرضى وفى الشكل المذكور اولا (الذى سماه المعلم لاينيك) بالنزلة الشعبية

الجافة تكون نوب السعال المؤلمة المستطيلة هي الموجبة لتعب المريض ومشاقه (بسبب لزوجة الافراز الشعبي وتراكمه في الشعب الدقيقة) وفي اثناء نوب السعال المذكورة يحصل من عوق استفراغ الاوردة الودجية انتفاخ فيها عظيم فيصير الوجه أحمر قاتما او مزرقا والاعين دامعة ويسيل من الانف نقط مائعة ويحصل للرأس تألم كأنه يتمزق بحيث تقبض المرضى عليه بأيديهم قبضا تشنجيا وكثيرا ما يحصل في الاوردة التي تتمدد في اثناء نوب السعال حالة دوالية فتظهر اوعية شعرية مزرقة على الوجنتين وجناحي الانف ولو بدون تكون الانفزيما الرئوية وكثيرا ما تنتهي نوب السعال الشديدة بغثيان وقيء من ضغط العضلات البطنية المنقبضة على محصل المعدة

وضيق النفس يصاحب هذا الشكل في الالتهاب الشعبي أكثر منه في الالتهاب الشعبي النزلي الحاد فان الغشاء المخاطي في هذا الشكل يكون كثير الانتفاخ كما ذكرنا فيما تقدم وبذلك يتعسر دخول الهواء في الحويصلات الرئوية وضيق النفس هذا قد يرتقي الى درجة عظيمة جدا فيعبر عنه بضيق النفس الرطب وذلك متى طرأ على حالة الالتهاب الشعبي النزلي المزمن حالة تهيج حاد في الغشاء المخاطي المذكور كما يحصل ذلك بكثرة عقب التعرض ولو قليلا للهواء البارد الجاف الذي يؤثر بشدة في مثل هؤلاء المرضى فيوقعهم في حالة مفزعة جدا بحيث يلتجئون الى الجلوس المستمر في فراشهم او على كرسي متكئين على أيديهم لاجل مساعدتهم على اتساع تجويف الصدر

ثم ان ضيق التنفس المستمر وزيادة مجهودات عضلات الشهيق المستمرة ينتج عنهما ضخامة في العضلات المذكورة سيما العضلتين الترقويتين القصيتين الحلميتين والعضلات الاخمعية بحيث انها تبرز على جانبي العنق على هيئة احبلة قوية وتكون العضلات المذكورة الضخمة في حالة انقباض مستمر خفيف كجميع العضلات الواقعة في الضخامة فكما ان الحدادين والبياطرة مثلا لا يمشون واذرعتهم منفرجة بل منثنية قليلا فكذلك المرضى المصابون بنزلات شعبية مستمرة يمشون وصدرهم منجذب نحو الرأس فيظهر العنق قصيرا غليظا والصدر محدبا بدون أن يحكم بالظواهر المذكورة على وجود انفزيما

رئوية مضاعفة للنزلة الشعبية المزمنة كما يظن عادة

وفي مدة الثورانات الشديدة القوية المستطيلة للنزلات الشعبية المزمنة لا يندر أن توجد الاوردة الودجية ممتلئة امتلاء عظيما وقد يظهر السيانوز اى التلون المزرق للوجه والجلد والاستسقاء العام في بعض أحوال كثيرة وحيث ان كلا من امتلاء الاوردة الودجية واللون السيانوزى والاستسقاء العام يزول عقب انحطاط ثورانات هذا المرض فلا شك ان الظواهر المذكورة ناشئة عن النزلة الشعبية المزمنة نفسها وليس عن مضاعفاتها وتوجيه كل من السيانوز والاستسقاء في الالتهاب الشعبي النزلى الجاف ليس عسرا متى علمنا ان المرضى في الازمنة التي فيها تكون الشعب متضايقة تضايقا عظيما تفعل انقباضات قوية في العضلات البطنية في اثناء حركة كل زفير وبهذا الفعل العضلى القوى تحدث ضغطا قويا على الاوعية الكائنة داخل التجويف الصدرى ويعوق استفراغ دم الاوردة في تجويف الصدر وانصبابه فيه وذلك بسبب عدم سهولة خروج الهواء من الحويصلات الرئوية ومروره من الفروع الشعبية المتضايقة وسترى عند الكلام على الانفزيما الرئوية ان النزلة الشعبية هي السبب القوى في احداث السيانوز والاستسقا عند المرضى المصابين بهذا المرض

وتغيرات صوت القرع ولو انها تشاهد بكثرة في أحوال النزلات الشعبية المزمنة لا تتعلق بهذا المرض نفسه بل تتعلق بحالة مرضية أخرى تعقبه بكثرة وهي الانفزيما الرئوية فعند التسمع يسمع غالبا أغاط صفيرية ويندر سماع أغاط رنانة وفي أحوال أخرى تسمع خراخر فقاعية صغيرة ومع ذلك قد يكون التنفس الحويصلى طبيعيا لكن احيانا قد يكون ضعيفا عند انسداد جملة فروع شعبية وفي احوال أخرى يكون حادا وذلك فيما اذا لم يؤد انتفاخ الغشاء المخاطى الشعبي لانسداد الشعب بل لضيقها فقط اذ بذلك يحصل عدم تناسب بين متسع هاتيك القنوات والخلايا الرئوية

وقليل من المرضى من يشفى من هذا المرض غير انه من النادران يخاطر بحياة المريض ولذا تقول العوام في مثل هذه الاحوال انه يسعل مثل شيخ طاعن في السن وفي الواقع مثل هؤلاء المرضى يصل الى سن عظيم حتى يطرأ عليه

مرض آخر كالالتهاب الرئوى الشيخوخى وفى احوال أخرى يهلك عقب حصول تغيرات مرضية فى الجوهر الرئوى يؤدى اليها الالتهاب الشعبى النزلى المزمن (كما سيأتى بيان ذلك عند الكلام على الانفزيما الرئوية والالتهاب الرئوى الخلالى) وهناك شكل آخر غير شكل النزلة الشعبية الجافة الذى يكون فيه النفث كما ذكرنا قليلا مخاطيا لزجا كثيرا او قليلا وهو شكل النزلة الشعبية المزمنة المصحوبة بنفث غزير جدا ويعبر عنه بالسيلان الشعبى والنفث فى هذا الشكل يكون من مادة مخاطية صديدية غزيرة محتويا على فقاعات هوائية كثيرا او قليلا ولا يغطس فى الماء وكثيرا ما يقذف من هذا النفث الكثير الخلايا الجديدة التكوين نحو الرطل وأكثر فى ظرف يوم وهذا النفث يكون غزيرا فى اثناء الشتاء قليلا فى الصيف

والسعال الذى يقذف به نفث قليل اللزوجة لا يكون متعبا مؤلما مستمرا كما فى الشكل السابق وضيق النفس كذلك يكون قليلا فان مجلس السيلان الشعبى يكون فى الشعب الغليظة ويحدث فى الدقيقة تمددا منتشرا أكثر منه فى الشكل السابق واغلب الاحوال التى ينضم فيها للحالة المرضية المزمنة فى الشعب تهيج حاد يزداد انتفاخ الغشاء المخاطى ويزيد ضيق التنفس تبعا لذلك وفى أثناء حصول هذه الثورانات الحادة يقل تكوين الاخلية على سطح الغشاء المخاطى فيصير النفث قليلا ولذا تظن المرضى ان النفث متراكم فى صدورهم فلا ينحل وكثير من الاطباء من يعتقد هذا الظن ويلتجئون لاستعمال المنفثات الشديدة التأثير متى حصل قلة فى خروج النفث وازداد ضيق النفس

وعند التسمع يسمع فى هذا الشكل من الالتهاب الشعبى النزلى المزمن ألغاط شخيرية او خراخر فقاعية صغيرة او عظيمة

ومن العجائب ان المرضى تحمل هذا المرض زمنا طويلا فلا يندر ان تصل به الى سن عظيم قبل ان ينشأ عن السيلان الشعبى المعروف بالنزلة المخاطية مايسمى بالسل المخاطى وكما ان الشكل السابق يؤدى لحصول الانفزيما الرئوية يؤدى هذا الشكل بالاكثر لتمدد الشعب والمرضى لاتهلك فى هذا المرض من غزارة الافراز والنهوكة التابعة لها الا نادرا بل الغالب هلاكهم من امراض

اخرى تطرأ عليهم

ثم ان التمدد المنتشر للشعب لا ينوع الصورة المرضية للسيلان الشعبي المزمن في جميع الاحوال بل ولا في غالبها تنويعا عظيما بحيث لا يمكن معرفة هذه المضاعفة مع التأكيد لكن حالة النفث وخواصه قد يمكن الحكم منها احيانا على وجود التمدد الشعبي المنتشر وتشخيصه وهو ان التجاريب دلت على ان افراز الغشاء المخاطي الشعبي يندر أن يعتريه الفساد والتعفن مادامت الشعب حافظة لاتساعها الطبيعي واما متحصل الشعب المتمددة تمددا منتشرا او تمددا حبيبيا فالغالب أن يعتريه الفساد والتعفن وسنذكر فيما بعد ايضا الظاهرة المعلومة من ان متحصل الكهوف الشعبية أكثر فسادا وتعفنا من متحصل الكهوف الجنبية ومايعلم من ان متحصل الشعب المتمددة تمددا منتشرا له ميل عظيم للتعفن والفساد يكاد يدل ادلالة قوية زيادة عن الحركات الاهتزازية في الخلايا الهدبية والسعال على ان الانقباضات العضلية من عضلات الشعب لها دخل عظيم في انقذاف النفث وان شلل الطبقة المذكورة الذي هو الرئيس في التمدد الشعبي يعين على ركود الافراز المرضى في الشعب وتراكمه وفساده ففي وجد النفث الغزير الصديدي الذي يقذف من المريض في أحوال النزلات الشعبية المزمنة مائعا اغبا واضحا وانتشرت منه رائحة منتنة كريهة وسقط الافراز المذكور في الماء بسبب فقد لزوجته وغاسكه بطرو الفساد والتعفن فلم يبق متعلقا بالماء ووجد فيه رسوبات مخضرة او سدد جبنية متراكمة ذات رائحة كريهة منتنة جدا دل هذا مع التأكيد تقريبا على وجود تمدد في الشعب وبالبحث بالمكرسكوب عن هذا النفث يتضح انه يحتوي على خلايا جديدة التكوين حافظة لشكلها وعلى خلايا أخرى معتريها الاستحالة الشحمية وعلى اجزاء أخرى فاسدة كالتي توجد بكثرة عقب تجمع الخلايا الصديدية في محل ركودها زمنا طويلا ولا يندر أن يشاهد كذلك في السدد الجبنية بلورات جميلة الشكل فتكون اما ابرية الشكل غالبا تنحل باضافة الاتير اليها او على هيئة بلورات شحمية (وهي المعروفة ببلورات المرجارين) وهذه البلورات زيادة عن وجودها في نفث المرضى الذين اعتراهم التمدد الشعبي توجد أيضا في نفث الاشخاص المصابين

بالغنغرينا الرئوية لكن من خواص النفث المذكور لا يمكننا الحكم بالقطع على تشخيص التمدد الشعبي بشكليه (أعني المنتشر والجيبي وسيأتي ايضاح التشخيص التمييزي بينهما) فانه في بعض الاحوال قد يكتسب النفث الشعبي نفس الاوصاف التي ذكرناها بدون تمدد في الشعب كما ذكره المعلم (تروبه) ثم ان فساد النفث وتعفنه الذي يحصل في متحصل الشعب له تأثير مضر في جدر الشعب الملامسة له وفي جوهر الرئة القريب منه أيضا وسنذكر عند الكلام على الغنغرينا الرئوية ان أكثر اسباب هذا المرض حصولا هو التعفن والفساد الذي يحصل في متحصل الشعب المتمددة وتأثيره في جوهر الرئة وفي احوال أخرى اكثر من السابقة قد يظهر حول الشعب التهابات رئوية قصية ممتدة مصحوبة بنضح رخو سهل الفساد والتعفن

(التشخيص)

الالتهاب الشعبي النزلي البسيط يسهل تمييزه عن النزلة الحنجرية البسيطة فكل من الصوت الابح والسعال متى انضم الى ظواهر النزلة الشعبية دل دائما على ان كلا من اصابة الغشاء المخاطي وانتفاخه امتد الى الاحبلة الصوتية وان الحنجرة حينئذ صارت محلا للحالة نزلية ايضا

وأما تمييز النزلة الشعبية الحادة عن بقية الامراض الرئوية الحادة فسنذكره عقب التكلم على اعراض الامراض المذكورة غير أننا نوضح هنا بعض أمور مهمة في تشخيص هذه النزلة وان سبق توضيحها عند الكلام على اعراض هذا المرض فنقول

(اولا) ان النزلة الشعبية الحادة لا تصطحب مطلقا بألم الجنب والاحساس المؤلم الذي يصطحب به هذا المرض هو الاحساس بحرقان او بجرح في الصدر والاحساس المؤلم في عضلات البطن خصوصا في محل اندغامها في الصدر فان ظهرت آلام اخرى دل هذا على وجود مضاعفة أخرى

(ثانيا) ان النزلة الشعبية في حد ذاتها لا تنوع صوت القرع ولذا كانت ظواهر التسمع التي تدل على تكاثف في الجوهر الرئوي نافية للقول بوجود نزلة شعبية بسيطة

(ثالثا) ان النزلة الشعبية الحادة وان كانت تبتدئ بنوبة قشعريرة شديدة

واحدة غير انه فى أثناء سير المرض يوجد ميل عظيم لتردد نوب القشعريرة واذا متى وجد الطبيب مريضا منهوكا ومعه حالة حمية ضعفية بدون ألم الجنب وبدون نفث مدمم ومعه اعراض تدل على وجود حالة نزلية فقط فى الظاهر غير ان مرضها ابتدأ بنوبة قشعريرة واحدة فلا يبادر بتشخيص التهاب رئوى ضعفى وهو الذى يسميه بعضهم بالجرب العصبى حتى لا يتضح خطؤه فى الجثة بوجود التغيرات التشريحية للالتهاب الرئوى الذى كان يمكنه معرفته مدة الحياة لو اعتبر نوبة القشعريرة المنفردة ووقف على حالة المريض بالبحث الجيد بالتسمع أو القرع

وأما تشخيص النزلة الشعبية المزمنة المصحوبة بنفث قابل الكمية وضيق عظيم فى النفس وتمييزه عن ضيق النفس العصبى وتشخيص السل الخاطى وتمييزه عن السل الدرنى فسنذكره فى المباحث الآتية

(الحكم على العاقبة)

خطر النزلة الشعبية يتعلق كما ذكرنا بسن المريض فكلما كان الشخص حديث السن والشعب ضيقة كان المرض أشد خطرا ولا يكاد هذا المرض يهدد حياة المريض فى سن البلوغ وأما فى الشيخوخة فان النزلة الشعبية المصحوبة بحمى تعد مرضا خطرا والحكم على عاقبة هذا المرض بالنسبة لشفائه يتعلق بمدة مكثه فالنزلات الشعبية الحادة تنتهى بالشفاء غالبا بخلاف المزمنة التى استمرت عدة سنين فمن النادر شفاؤها شفاء تاما مستمرا حتى لو تحصل المريض على بعض تحسين كان ذلك جيدا

وأكثر اعراض هذا المرض ثقلا وخطرا هى التى تنتج عن عوق التبادل الغازى فى الحويصلات الرئوية وأما نوب السعال الشديدة والضجر العظيم والنفث الغزير الصديدى وباقى اعراض الالتهاب الشعبى الحاد والمزمن فهى أقل اهمية من اعراض تسمم الدم بحمض الكربونيك فعلى الطبيب أن يلاحظ ان الحياة لا تتهدد الا عقب ظهور تلك الاعراض المذكورة وهذا مما يحجب الطبيب ويمنعه من اجراآت علاجية عنيفة فى أحوال الالتهاب الشعبى الشعرى فى الاطفال فانه مادام النبض ممتلئا والوجه متقدا يكون الخطر بعيدا

(المعالجة)

(المعالجة)

اما المعالجة الواقية من هذا المرض فيجرى فيها ماذكرناه فى المعالجة الواقية للنزلة الخنجرية وهى التعود على التقلبات الجوية مع الاحتراس والغسلات الباردة والحمامات الباردة أيضا كما مر

وأما المعالجة السببية فدلالتها تدق على اعتبار الاستعداد المرضى ومعرفة الاسباب المحرضة للالتهاب الشعبى النزلى وحيث ان هذه الاخيرة بعضها مجهول وبعضها لايمكن ازالته فلاتتم الدلالات العلاجية السببية فى جميع الاحوال وماعدا ذلك ففى أحوال أخرى يكون غالبا اعتبار الاستعداد المرضى وتجنب الاسباب المحرضة متوجا بالنجاح التام وعلى الخصوص يقال ذلك فى الاستعداد المرضى الناتج عن داء الخنازير والراشيتسم الذى يهيئ للاصابة بالنزلات على العموم وبالنزلات الشعبية على الخصوص فانه يوجد عدد عظيم من الاطفال المنهوكين الضامرين ذوى الصدر الدجاجى والرأس العظيم واليوافيخ المنفتحة والاطراف العظيمة المنتفخة والتسنين المتأخر ويكون جلدهم على هيئة لباس واسع متحرك على العظام مصابين بنزلات شعبية من منذ أشهر عديدة ويعتبر أنهم مصابون بالدرن الرئوى وكل من المنفثات الصدرية والجواهر العلاجية المحولة يبقى بدون نجاح فى مثل هؤلاء الاطفال لكن بتنظيم غذائهم واعطائهم اللبن الجيد واللحوم غير النضيجة والنبيذ وتعاطى زيت كبد الحوت واستعمال الحمامات الملحية القلوية يحصل لهم نجاح عظيم للغاية وشفاء تام ولا يستدل فيما بعد على الحالة المرضية الثقيلة التى كانوا مصابين بها الا بالصدر الدجاجى اى الشبيه بشكل صدر الدجاجة

ونحن وان ذكرنا ان النزلات الشعبية المزمنة من الامراض الكثيرة الحصول فى الاشخاص المتقدمين فى السن لكنا نرى ان أكثر الاشخاص استعدادا للاصابة هم الذين يكونون فى سن الحسن متمتعين بعيشة جيدة متعادين على تعاطى النبيذ بكثرة ملازمين للجلوس دائما وحركة التركيب فيهم أكثر من حركة التحليل وبطنهم تام ثخين وبهم داء البواسير فان مثل هؤلاء الاشخاص كانه يوجد فيهم استعداد تام للاصابة بالنزلات المعوية المزمنة

يكون فيهم أيضا استعداد عظيم للنزلات الشعبية المزمنة فمن الخطا البين حجز هؤلاء المرضى فى أودهم واعطاؤهم المياه المعدنية الغازية ممزوجة باللبن كماء سلترس والمركبات الافيونية والبولسغالا ونحو ذلك بل الذى ينبغى للطبيب التمسك به هو الحصول على التناسب بين حركتى التحليل والتركيب فيأمر المريض بكثرة الرياضة ويمنعه من تعاطى المشروبات الروحية ويأمره بتعاطى الاغذية النباتية اللطيفة او يرسله الى الينابيع الطبيعية القلوية الفاترة نحو حمام (مربين باد وكرلوس باد وكسينجن) أو الى الينابيع القلوية الملحية فان لها فائدة عظمى فى مثل هذه الاحوال فقط اذ بتأثيرها الجيد يزول السعال وغيره من اعراض النزلات الشعبية كما يحسن بتأثيرها كذلك سمن البطن المفرط والبواسير

ومن الاسباب المحرضة للنزلات الشعبية العوائق الميخانيكية التى توجد فى الصمام الاذينى البطينى اليسارى فتعوق استفراغ دم الاوردة الشعبية لان هذا السبب كثيرا ما يستدعى معالجة تسكينية وأجودها المعالجة بالديجيتالا فانها وان كان تأثيرها غيرأكيد فى أحوال عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى لها تأثير جيد واضح للغاية فى أحوال ضيقه فانه متى حصل بطء بتأثيرها فى ضربات القلب اتسعت الاذين زمنا كافيا لاستفراغ ما احتوت عليه من الدم فى البطين ولو مع وجود الضيق وبذلك يزول احتباس الدم فى الاوردة الرئوية واعراض النزلة الشعبية الناتجة عنه

والنزلات الشعبية التى تنتج على احتقان تنفسى جانبى نحو الرئة فى الحميات المتقطعة تستدعى استعمال المركبات الكينينية واما الاحتقانات التنفسية الجانبية التى تحصل فى الشرايين الشعبية عقب انضغاط الاورطى من تجمع سائل فى البطن فتستدعى بزل هذا التجويف سيما وانه فى مثل هذه الحالة الاخيرة ينضغط جزء عظيم من الرئة بالحجاب الحاجز المندفع الى أعلى فلم يبق على الطبيب الامشاهدة النجاح التام وزوال النزلة الشعبية بعد أن كانت معذبة للمريض ومكونة للعرض الاشد تعبا له عقب بزل البطن حتى لا يشك فى ان انضغاط الاورطى بواسطة تجمع المواد الثفلية او الغازية فى البطن يمكن أن يكون حافظا الاحتقان تنفسى جانبى جهة الشعب وللحالة النزلية فيها واعظم

المركبات التى تستدعيها المعالجة السببية فى مثل هذه الاحوال هو مسحوق العرقسوس المركب الذى يعطى منه قدر ملعقة صباحا ومساء فانه يحصل عنه اسهال لطيف كاف وراحة عظيمة للمريض

(تنبيه) هذا المسحوق مركب من ورق السنا المكى ومسحوق العرقسوس من كل جزآن ومن كل من الشمر والكبريت جزء واحد ومن السكر ستة اجزاء ويعطى من هذا المسحوق ملء ملعقة شاى مرتين أو ثلاثة فى النهار

واما اذا كانت النزلة الشعبية ناتجة عن اسباب مهيجة لا واسطية ناشئة عن بعض الصنائع تصيب الغشاء المخاطى فالدلالات العلاجية السببية لا يمكن اتمامها غالبا فان مثل هؤلاء المرضى لا يكون لهم قدرة على ترك صنائعهم وتجنب الاسباب المهيجة الناشئة عنها ومن المشاهد بكثرة ثوران النزلات الشعبية المزمنة متى تعرض مثل هؤلاء المرضى زمن الشتاء للهواء البارد الجاف جدا وعلى الطبيب ان يعتنى بمثل هذه التجاريب فيوصى المرضى وقت الشتاء الصعب بملازمة أودهم مدة كافية من أسابيع اواشهر مع حفظ درجة حرارة مناسبة فيها والنزلات الشعبية المزمنة التى نتجت عن تأثير الاقاليم الباردة تستدعى الانتقال منها الى اقليم معتدل ان سمحت حالة المريض بذلك فترسل المرضى مدة الشتاء الى اقاليم معتدلة الحرارة ولذا كان الاطباء يوصون المرضى بالانتقال الى المحلات المصونة عن الاهوية والرياح القوية الباردة اوالى المحلات ذات الاهوية الكثيرة الاوكسيجين القريبة من غابات مغروسة باشجار من الفصيلة المخروطية وفى أحوال النزلات الشعبية المخاطية ينبغى ارسال المرضى الى الاماكن المرتفعة العالية ذات الاهوية الجافة واما المرضى المصابون بالنزلات الشعبية الجافة فالاوفق ارسالهم الى محلات ذات أهوية رطبة كشواطئ البحار

واما المعالجة السببية فى النزلات الشعبية الوبائية فلا يمكن اتمام دلالتها واما معالجة المرض نفسه ففيها الاتمر الاستفراغات حتى ان معظم الاطباء التابعين لمذهب (بويلو) الذى لا يعتبر فقد بعض ارطال من الدم امرا عظيما لا يقولون بفائدة ومنفعة الاستفراغات الدموية فى نزلات المسالك الهوائية

وكل من عدم فائدة هذه الاستفراغات ومن اعتبار ان النزلة الشعبية الشعرية للاطفال التى خطرها متعلق بجلسها يبعدنا عن الوقوع فى هذا الخطا الذى هو استعمال الاستفراغات الدموية فى ظننا ان عسر التنفس عند الطفل المصاب ناتج عن احتقان الغشاء المخاطى وانتفاخه فان استعمالها فى أغلب احوال الالتهاب الشعبى الشعرى عند الاطفال يزيد فى خطر تسمم الدم بحمض الكربون فضلا عن كونه لا ينقصه فان انتفاخ الغشاء المخاطى لا يزول بهذا الاستفراغ وان كانت قوى الطفل قبل استعماله كافية لفعل مجهودات شهيقية قوية ودفع الهواء بقوة فى الشعب المتضايقة لا تكون كافية لذلك بعد الاستفراغات المذكورة وعلى الطبيب ان يعتبر تغير الصورة المرضية وازدياد ثقلها بعد استعمال الاستفراغات الدموية من جهة ومن جهة أخرى ينبغى امعان نظره فى التجاريب التى تدله على ان قوى الاطفال التى لم تضعف كثيرا ما تكفى لفعل حركات التنفس ولو بصعوبة حتى لا يقع فى الخطا ويتجارى على فعل الاستفراغات الدموية فى مثل هذه الاحوال

وكذا استعمال الاملاح المتعادلة المضادة للالتهاب كنترات البوتاسا والصودا فى الالتهابات النزلية قليل جدا مثل الاستفراغات الدموية وأما الزيبق الحلو الذى يعد أيضا من مضادات الالتهاب فله استعمال منتشر فى الاحوال النزلية الحادة من الشعب فى الاطفال خصوصا زمن التسنين كما انه يستعمل عندهم أيضا فى النزلات المعوية والمعدية التى تحصل أيضا فى هذا الزمن والتأثير الجيد من هذا الجوهر الدوائى فى هاتين الحالتين وان كان غير واضح التوجيه الان التجارب أبدت منفعته بدرجة عظيمة جدا حتى لا ينبغى للطبيب التأخر من استعماله فى الاحوال المذكورة ويعطى هذا الجوهر بمقادير صغيرة من $\frac{1}{6}$: $\frac{1}{4}$ قمحة ثلاث مرات فى النهار او أربعة أعنى من عشرة مليجرام الى خمسة عشر

ومن الجواهر الدوائية المستعملة بكثرة أيضا فى النزلات الشعبية بعض الاملاح التى تعتبر مضادة للحالة النزلية اكثر من اعتبارها مضادة للالتهاب سواء كانت بتأثيرها فى الجلد منبهة له أو منوعة لتغذية الغشاء المخاطى الشعبى

ومن

ومن هذا القبيل بعض الاستحضارات الانتيمونية كسكبريتور الانتيمون الذهبي والقرمز المعدني والطرطير المقيء ولاسيما موريات النوشادر ولذا كانت الجرعة المحللة المركبة من أجزاء متساوية (قدر درهم مثلا) من كل من ملح النوشادر وعصارة رب السوس مضافا اليها قدر قمحة من الطرطير المقيء محلولة جميعها في ست أواق من الماء كثيرا ما يؤمر بها في هذا المرض لكن وان وجدنا ان كثيرا من الاطباء أرباب المهارة كثيرا ما يأمرون بتعاطي ملعقة من هذه الجرعة الكريهة كل ساعتين غالبا يسوغ لنا ان نقول ان هذا المخلوط ليس له تأثير سوى تهييج الغشاء المخاطي المعدي وافساده للهضم وانما يمكن استعمال ملح النوشادر والاستحضارات الانتيمونية في الاحوال التي فيها تكون المواد المخاطية المنفرزة كثيرة اللزوجة والتماسك حتى يحصل منها على بعض فائدة تسكينية

واما المعالجة المعرقة فيوصى بها مع النجاح بكثرة في هذا المرض خصوصا في الاحوال الحديثة من النزلات الشعبية الناتجة عن تأثير البرد وسواء نتج عن هذه الطريقة توارد دموي نحو السطح الظاهر من الجلد يعقبه استفراغ في دم الاوعية الشعبية الشعرية او يحصل تأثيرها الجيد بكيفية اخرى فمنفعتها العظمى في أحوال النزلات الشعبية الحديثة ثابتة ثبوتا واضحا بالتجارب فانه عقب استعمال هذه الطريقة كثيرا ما يرى تناقص تنبيه الغشاء المخاطي الشعبي بعد بعض ساعات بل وفي الاحوال الجيدة يمكن قطع سيره بالكلية بواسطة التعريق القوي والظاهر أن التعريق جيد مطلقا على اي حالة فعلت الطريقة لاحداثه والا كد في ذلك استعمال السوائل بكمية عظيمة وتدثير الجسم بالغطاء الدافيء وأما كون زهر البيلسان او روح منديريري (اعني كربونات النوشادر محلولة في الخل النبيذي) او نبيذ الانتيمون او غيرها من الجواهر المعرقة ذا خاصية معرقة حقيقية فهذا غير مقطوع به بل الظاهر أن نجاح الطريقة واحد سواء وضع المريض في فراش ودثر بغطاء دافيء من الصوف واعطى له المشروبات الفاترة المعرقة أو لف بملاءة مغموسة في الماء البارد بعد عصرها جيدا ثم يعطى تغطية قوية فان هذه اللفافة الباردة تستحيل في أقرب وقت بسبب حرارة الجسم الى لفافة دافئة بل يظهر ان توارد

الدم نحو الجلد والتعريق بهذه الطريقة أقوى من غيرها وكذا لا فرق بين اعطاء المريض المغطى تغطية جيدة كثيرا من الماء الصافى او الليمونيات او المنقوعات العطرية أو اللبن الفاتر ونحو ذلك

وفى احوال النزلات الشعبية المزمنة تستدعى المعالجة المرضية استعمال الحمامات القلوية الفاترة بشرط أن لا تكون متعلقة بداء الخنازير او الراكتيسم خصوصا حمامات كريتسناك المضاف لها كمية عظيمة من القلى اذ بالحمامات المذكورة يحصل تنبيه قوى لسطح الجلد ونجاحها عظيم جدا خصوصا فى الاحوال التى لم تزمن من منذ سنين عديدة بل التى عما قليل استحالت من الحالة الحادة الى المزمنة لكن فى بعض الاحوال المزمنة الثقيلة المستعصية فى النزلات الشعبية المزمنة قد شاهدنا نجاحا عظيما بواسطة التعريق القوى وذلك بان يترك المريض فى حمام ساخن حرارته بالاقل ثلاثون درجة بقياس حرارة ريمور قدر نصف ساعة ثم تلف حالا بعد خروجها من الحمام بلفائف الصوف وتبقى بهذه المثابة ساعتين بالاقل ومثل هؤلاء المرضى فى الايام الاول تعتريهم مكابدات عظيمة مادام ضيق النفس عظيما مدة وضعهم فى الحمام وفى اثناء اللف والتغطية كما ذكرنا غير انه فى انتهاء الاسبوع الاول الذى يحصل فيه العرق بسهولة وسرعة عن ابتداء المعالجة تحسن حالة المرضى مع الراحة التامة بحيث تطلب استمرار المعالجة من نفسها ويزول ضيق التنفس زوالا واضحا بعد استعمال الحمام ثمانى مرات او عشرة وتزول أيضا الحالة السيانوزية ولا يمكن الطبيب الجراءة على استعمال هذه الطريقة الا بعد مشاهدة اجراء هذه المعالجة ورؤية نجاحها لكن بعدا كتسابه لهذه الفائدة يصير له اقدام ونجاح فى معالجة النزلات الشعبية الثقيلة المستعصية اكثر من غيره من الاطباء الذين لم يطلعوا على هذه التجارب ولم يمارسوها

ومثل هذه الطريقة العلاجية المعرقة العمومية استعمال الوسايط العلاجية التى بها يحصل كما يقال تعريق او تحويل موضعى على جزء من جلد الصدر وقد تأكد نجاحها ايضا بكثير من التجارب فى هذا المرض فيوصى للمرضى المصابين بنزلات شعبية مزمنة بالتدثر بالاقمصة المصنوعة من الصوف (المعروفة بالفنيلا) ووضع المشمعات الراتنجية على الصدر واما استعمال

الضمادات الخردلية والحراريق على جلد الصدر فلا ينبغي المبادرة باجرائه حيث ان منفعته لاجل مقاومة بعض عوارض خصوصية فى هذا المرض لا لنفس هذا المرض ومادامت الحالة النزلية فى الشعب مصحوبة بحركة حمية فالاجود تجنب استعمالها

وقد تقدمت معالجة الامراض النزلية فى الشعب تقدما عظيما من منذ احداث اجهزة الرزز واستنشاق الابخرة الدوائية وبقية الكلام فى هذا المقام يؤخذ مما ذكرناه فى معالجة الالتهابات الحنجرية النزلية فليراجع

وانما ننبه على ان الجواهر الدوائية المستنشقة بالرزاز ان لم تكن طيارة مثل زيت التربنتينا لا تصل الا الى التفرعات الشعبية الغليظة

وأما المعالجة العرضية فقبل التكلم على الدلالات التى تستدعيها هذه المعالجة ينبغى لنا توضيح دلالات استعمال الادوية المنفثة حيث اننا نظن ان هذا اللفظ ليس مرتبطا بمعنى واضح فنقول ان تكون عدد عظيم من أخلية جديدة وافراز غزير سائل هو عبارة عن عرض للاحتقان الآخذ فى الشفاء كما ذكرنا فهو نتيجة انتهاء سيره الجيد وليس سببا لهذا الانتهاء فيكون النفث النضيج (أعنى المواد البلغمية التامة التكوين) اجود ما يحصل به هى الطريقة العلاجية التى يصير بها سير الالتهاب النزلى جيدا لكن ان تجمعت المواد المذكورة فى الشعب وتراكمت امكن ان يحصل لاستفراغها وانقذافها عوق بجملة أسباب بحيث ان الجواهر الدوائية التى بها تنقذف المواد المذكورة الى الخارج (المسماة بالمنفثات) لا يجوز جعلها رتبة واحدة والظواهر المهمة التى تطابق تغيرات تشريحية مرضية مخصوصة فى الالتهابات النزلية الشعبية وتستدعى معالجة عرضية مخصوصة هى الآتى بيانها

منها ان النزلات الشعبية تكون مصحوبة بتهيج شديد فى الغشاء المخاطى يستمر زمنا طويلا بحيث ان المرضى تكون معذبة من السعال المستمر المتعب ونوب السعال هذه كما انها نتيجة الالتهاب النزلى قد تكون سببا فى شدته واستعصائه بسبب احتكاك الهواء احتكاكا شديدا فى الغشاء المخاطى فالدلالة العلاجية العرضية كما انها تقاوم نوب السعال لا تكون فائدتها فقط ازالة بعض مكابدات المريض بل انها تقصر سير المرض أيضا ولا فائدة هنا فى

استعمال المطبوخات الغروية واستحلاب بعض العصارات النباتية والملبس والعجائن الصدرية ولوانها ممدوحة زيادة عن الحد فانه فضلا عن قلة تأثيرها يحصل منها اضطراب الهضم غالبا والاجود فى مثل هذه الاحوال استعمال المياه المعدنية القلوية المرياتية كماسلترس وامس وسلسيرون ونحوه لكن لا ينبغى استعمالها فى جميع احوال النزلات الشعبية كالسيلان الشعبى واستعمال المياه المذكورة التى لم يتضح لنا تأثيرها الجيد فى مثل هذه الاحوال (اى المصحوبة بتهيج شديد فى الغشاء المخاطى الشعبى ونوب سعال شديد) اتضاحا تاما يكون بأن يعطى منها على الريق من خمسة فناجيل الى ستة مع الرياضة اوانها تستعمل فى احوال النزلات الشعبية الحادة فى اثناء النهار بدلا عن المنقوعات الصدرية الفاترة ويستعمل فى مثل هذه الاحوال أيضا مع الاقدام الجواهر المخدرة فيعطى من مسحوق دوفير مثلا عشر قمحات فى المساء عندما يكون المريض قلقا فى منامه مدة الليل من السعال او يعطى له جرعة مشتملة على مقدار مناسب من الافيون او المرفين ان كان المريض معذبا بالسعال مدة النهار اذبذلك يقل سعاله وبقلته يسهل شيأفشيأ خروج المواد البلغمية التى تراكمت فى الشعب فى اثناء راحة المريض فتمدحه المرضى بانه محلل للنفث بسهولة وتقول ان المرفين والمركبات المخدرة جواهر منفثة قوية التأثير وبالجملة يستعمل بنجاح فى الاحوال التى نحن بصددها المهيجات الجلدية الشديدة كالوضعيات الخردلية والمنفطات على الصدر

ومنها احوال مرضية يوجد فيها نوب ضيق فى التنفس دورية مصحوبة بالغاط صفيرية منتشرة وفى مثل هذه الاحوال نقول ان هناك حالة انقباض تشنجى فى الطبقة العضلية من الشعب الدقيقة وان معظم ضيق النفس متعلق بذلك ففى مثل هذه الاحوال التى كثيرا ما تنضم لاحوال تهيج الغشاء المخاطى الشعبى تهيجا شديدا تستعمل المسكنات كذلك اذبها يحصل تلطيف فى الانقباض التشنجى فى العضلات الشعبية وزيادة على ذلك تستعمل المهوعات بنجاح عظيم فالظاهر كما انها تحدث ارتخاء عموميا فى المجموع العضلى تحدث أيضا استرخاء فى العضلات الشعبية والذى يؤمر به فى مثل هذه الاحوال هو

المنقوع الخفيف من عرق الذهب ومقادير صغيرة من الطرطير المقيء والغالب
ان التأثير المهوع فى الجرعة المحللة هو الذى ينسب اليه الراحة التى تحصل
احيانا فى ضيق النفس ونوصى كذلك بكثرة فى مثل هذه الاحوال باستعمال
يودور البوتاسيوم من نصف درهم الى درهم على ست اواق من الماء ويعطى
من هذا المحلول مل ملعقة اربع مرات فى النهار ونجاح هذه المعالجة واضح
جدا عند كثير من المرضى اذ كثيرا ما تحصل الراحة بعد تعاطى أول ملعقة
منه وقد التزمت ان احذر بعض المرضى من الافراط فى استعمال هذا الجوهر
الدوائى القوى التأثير وذلك لما شاهدوه من عظم الفائدة منه

ومنها احوال بعكس السابقة اعنى انها تكون متصفة بحالة مخالفة لما تقدم
ففيها تكون جدر الشعب مسترخية والشعب متمددة والطبقة العضلية
الشعبية فى حالة نصف شللية وفى مثل هذه الاحوال يكون الافراز غزيرا
ولا يكون لدفع السعال قدرة على قذف الافراز المتجمع فى الشعب بسبب
ضعف طبقتها العضلية وهذه الاحوال المعبر عنها بالسيلان الشعبى تتصف
بالخراخر الفقاعية الغليظة والدقيقة فى مثل هذه الاحوال ينبغى استعمال
الوسايط الدوائية المنبهة المعبر عنها بالمنفثات كالبوليغالا وبصل العنصل
والبنزويلا وكربونات النوشادر والكافور والجاوى ومحلول النوشادر
الينسونى واكثر المركبات استعمالا فى هذه الاحوال الجرع الآتية فمنها
منقوع من البوليغالا بقدر درهمين الى نصف اوقية فى ست اواق من الماء
مع نصف درهم من محلول النوشادر الينسونى ومنها الاكسير الصدرى
المركب من اوقيتين من عصارة رب السوس وست اواق من ماء الشمر
واوقيتين من محلول النوشادر الينسونى ويؤخذ منه ملعقة صغيرة جملة
مرات فى النهار وبالجملة ينبغى هنا استعمال المنقوعات الصدرية العطرية
التى تؤثر تأثيرا جيدا فى مثل هذه الاحوال سيما وان استعملت حارة جدا
فانه وان كان من الامور غير العقلية اعطاء جميع المرضى المصابين بامراض
شعبية منقوعات عطرية حارة غير أنه من المشاهد ان استعمالها فى المرضى
المصابين بسيلانات شعبية مع استرخاء فى الطبقة العضلية الشعبية يحدث
عندهم سهولة عظيمة فى قذف مواد النفث المتراكمة فى الشعب متى تعاطوا

جملة فناجيل من هذه المنقوعات الصدرية الساخنة ويوجد زيادة عن
الازهار الصدرية الاقرباذينية انواع نباتات صدرية عديدة غروية ملينة
ملطفة سكرية الطعم كجذر الخطمية وازهارها وازهار الخبازى وزهر لسان
الثور واوراقه وجذر العرقوس وبزور الاثمار المحتوية على مواد عطرية
سيما بزور الينسون الاعتيادى النجمى وبزور الشمر وبزور الفلندريوم المائى
وهذا الجوهر الاخير الذى يحتوى زيادة عن المادة العطرية على مواد راتينجية
وحينئذ يوافق فى التأثير الوسايط العلاجية الراتينجية الآتى ذكرها منفعة
عظمى فى احوال السيلانات الشعبية فانه فى مثل هذه الاحوال
يعين على سهولة قذف النفث وتنقيص افرازه وتحدث الوسايط الدوائية
المنبهة انقباضات قوية فى عضلات الشعب كما انه يشاهد عقب استعمالها
ارتقاء فى النبض وقوة فى انقباضات القلب وربما يحصل فى مثل هذه
الاحوال استرخاء عظيم جدا فى الطبقة العضلية الشعبية بحيث لا تساعد على
قذف الافراز المتجمع فى الشعب وان السعال بانفراده لا يكفى لقذف المواد
المذكورة وتبعيدها ومثل هذه الاحوال يعبر عنها بالشلل الرئوى الابتدائى
ولو مع ملاحظة ان الرئة ليس لها فعل لاواسطى فى حركات الشهيق والزفير
وهذه الاحوال تعرف بكون الخراخر المخاطية لا تزول عقب السعال ولا
يحصل فيها ادنى تناقص ومثل هذه الاحوال تستدعى استعمال المقيئات
اذا لم تثمر الجواهر المنبهة ولا ينبغى التأنى فى استعمالها حتى لم ينتج عن تراكم
الافراز المرضى فى الشعب منع دخول الهواء فى الحويصلات الرئوية
وظهور التسمم بحمض الكربون والخدر الكربونى الذى يساعد فى حصول
شلل الطبقة العضلية الشعبية والجواهر القيئية هى اعظم المنفثات فى مثل
هذه الاحوال اذ بحركات القىء تنقبض عضلات البطن انقباضا عظيما
وتضيق تجويف الصدر وعند ذلك يطرد الهواء المندفع بقوة اندفاعا منقطعا
جميع الافراز المرضى المتراكم فى الشعب لاسيما المتراكم فى الغليظ منها غير اننا
نتأسف من كون الجواهر القيئية المذكورة لا تكفى فى ازالة انسداد الفروع
الشعبية الدقيقة والذى يترتب على ذلك هو ان الالتهاب الشعبى الشعرى
مرض خطر للغاية فى ادواره الاخيرة فانه وان امكن قذف الاغشية الكاذبة

المتقبتة فى الحنجرة بواسطة التى ه لايمكن الهواء المندفع فى الفروع الشعبية الدقيقة دفع المواد المخاطية المترا كمة فيها وقذفها مهما كانت قوة الزفير بل بالعكس اذا انضغاط الخلايا الرئويه بمدة التى يصطحب بانضغاط عظيم فى الفروع الشعبية الدقيقة كما تقدم وبذلك يصير انسدادها أتم وأقوى

ومنها احوال تستدعى فيها المعالجة العرضية تنقيص الافراز الشعبى الغزير الذى يحدث عند المرضى نهوكة عظيمة ومعظم الوسايط الدوائية الموصى بها فى مثل هذه الاحوال كماء الجير وخلات الرصاص والتنين والراتانيا وأوراق عنب الذئب منها ماهو قليل الجدوى ومنها ماهو خطر الاستعمال وأجودها الجواهر البلسمية الراتينجية التى يشاهد تأثيرها الجيد فى تنقيص الافرازات المرضية مع الوضوح فى احوال السيلانات المجربة ومن هذه الجواهر يعد بلسم البيرو وبلسم الكوباو والمر والصمغ النوشادرى وهنالك مخلوط كثير الاستعمال جدا يسمى بمخلوط أوجرعة (جريفيت) وهو مركب من

مر مسحوق	درهم	١
كربونات البوتاسا وطرطراته	ح	٢٥
ماء النعناع الفلفلى	ق	٨
سلفات الحديد المتبلور	جرام	١
سكر عادة	ق	١/٢

يمزج ويعطى من هذه الجرعة بعد رجها جيدا أربع ملاعق كبيرة كل يوم ومن الجيد استعمال هذه الجواهر بكيفية بها تلامس الغشاء المخاطى الشعبى ملامسة لاواسطية كما تلامس الغشاء المخاطى المثانى والمجرى مباشرة عند انقذافها مع البول ولذا يوصى باستعمال المر الممزوج بالسكر مسحوقا جافا اذ باستعماله بهذه المثابة لابد وأن ينقذف منه بعض شئ ويصل الى القصبة الهوائية والشعب لكن الاجود والاقوى تأثيرا استعمال الجواهر المذكورة على الحالة الغازية فيغلى القطران وحده او ممزوجا بالماء فى قاعة المريض حتى يتشبع به هواؤها او يوضع قدر نصف درهم من زيت التربنتينا فى زجاجة مملوءة بالماء المغلى ويستنشق الهواء منها جملة مرات فى النهار كل مرة قدر ربع ساعة بواسطة لى مرن يوضع على فمها ولا يتحصل

على غاية عظيمة فى هذه المعالجة الا اذا صادفت محلا بمعنى انه فى الاحوال التى فيها يكون الغشاء المخاطى مجلسا الافراز صديدى غزير جدا وما عدا ذلك من اشكال النزلات الشعبية لا تكون نافعة بل مضرة واما استعمال سائل القطران الذى أوصى به كثيرا فى هذا العصر الاخير فلم يتحقق لى نجاحه وأما الجواهر المقوية المرة التى تستعمل كذلك فى احوال السيلانات الشعبية كالبوليغالا والحزاز الارلاندى ونحو ذلك فانها تؤثر فى الغشاء المخاطى المعدى وتزيد فى فعل الهضم وقوة شهية الاكل وحينئذ تحسن تغذية الجسم فتعين المريض على تحمل المرض بدون تأثير فى نفس المرض

ومنها أحوال تستدعى المعالجة العرضية فى الالتهابات الشعبية النزلية عند الاطفال المولودة جديدا التى لا تدرى تصنع السعال متى وجد عائق فى الشعب عندهم واحتيج لازالته بفعل مجهودات عضلات التنفس اولا استعمال المقيئات لاجل قذف المواد المتجمعة فى الشعب ثانيا الوسايط الصحية التى تلجئ الطفل الى فعل مجهودات تنفسية قوية بحيث لا تترك الاطفال للاستغراق فى النوم مدة طويلة فتستعمل الحمامات لهم أو يرش صدرهم بالماء البارد مع نغشة أخمص قدميهم وتحريض الصريخ متى شوهدت اعراض تدل على انسداد الشعب وامتناع التبادل الغازى فى الخلايا الرئوية

(المبحث الثانى)

فى الالتهاب الليفى (أوذى الغشاء الكاذب) للغشاء المخاطى القصبى والشعبى

(كيفية الظهور والاسباب)

لا يندر امتداد الالتهاب الخنجرى ذى الغشاء الكاذب الى القصبة الهوائية والشعب والالتهاب الليفى فى الخلايا الرئوية يكاد يمتد على الدوام للتفرعات الاخيرة الشعبية وزيادة على ذلك يحصل الالتهاب المذكور فى النادر حصولا أوليا فى التفرعات الثلاثية والرباعية من الشعب وحيث انه يكون مرضا مستقلا بنفسه فى هذه الحالة ينبغى شرحه على حدته

ثم ان الالتهاب الليفى الاولى فى الشعب يصيب الشبان خصوصا فى سن البلوغ بدون وقوف على حقيقة سببه او الاستعداد للاصابة به او الاسباب المتممة

التي أحدثته

(الصفات التشريحية)

عند امتداد الالتهاب الحنجري ذى الغشاء الكاذب الى القصبة الهوائية وابتداء الشعب تتكون الانابيب الغشائية الكاذبة المتفرعة التي شرحناها واما السدد الليفية التي تملأ الشعب في الالتهاب الرئوي فتوجد في نفث المصابين بالتهاب رئوي ليفي على الدوام

وفي الالتهاب الشعبي الليفي الاولى توجد عين الصفات الخاصة بالغشاء المخاطي والنضح الغشائي المنعقد فوقه كما بيناه في الالتهاب الحنجري الليفي والفروع الشعبية والفروع الغليظة لا تنسد قنواتها بالكلية فان النضح المنعقد فيها يكون انبوبيا وأما الفروع الشعبية الدقيقة فيتكون فيها اسداد اسطوانية ويندر أن يمتد الالتهاب الشعبي الليفي الى الرئة بتمامها والغالب ان يكون هذا الالتهاب جزئيا قاصرا على عدد صغير من الشعب ولو انه يوجد بعض استثناآت من ذلك فقد شاهدت حالة عند بنت عمرها خمسة عشر سنة كان ينقذف منها بالسعال كل يوم تقريبا اغشية كاذبة انبوبية مكتسبة لشكل أحد التفرعات الشعبية البشرى

(الاعراض والسير)

ماذكرناه اخيرا من قلة امتداد الالتهاب الشعبي المذكور آنفا وفقد الحمى يكسب هذا المرض سيرا مغايرا لسير الالتهاب الحنجري ذى الغشاء الكاذب وكما ان هذا المرض الاخير حاد جدا فالالتهاب الشعبي ذو الغشاء الكاذب مرض مزمن احيانا بحيث يمكن ان يمتد جملة أشهر بل سنين

ثم ان المصابين بهذا الداء يشتكون بضيق نفس خفيف بحيث يتبين من بهاتة لونهم وحالة الاسترخاء والتنفس عندهم أن حصول التنفس غير تام وان الدم لا ينتقى مما احتوى عليه من حمض الكربون تنقية تامة وفي مدة نوبة السعال العنيفة التشنجية ينقذف من المريض زمنا فزمنا مواد ملتفة على نفسها تنفك بعد وضعها في الماء وتنفرج وكثيرا ما تكون هذه المواد مغطاة بقليل من الدم وتظهر على شكل أنابيب متفرعة كتفرعات الشعب وعند التسمع يحس بالغاط صفيرية في محاذاة امتداد التهابات الغشاء في الشعب وقد يفقد

لغط التنفس بالكلية عند امتلاء الشعب بالاغشية الكاذبة كما فى الحالة التى شاهدتها ويعود عقب انقذافها منها ثم ان هذا المرض كغيره من الامراض المزمنة قد يحصل فيه زمنا فزمنا فورانات لا يندر ابتداؤها بقشعريرة مصحوبة بحمى شديدة مدة مكثها وفى اثناء ذلك تمتد الاغشية الكاذبة الى أجزاء أخرى من الرئة فينشأ عن ذلك عسر عظيم فى التنفس بل قد يصير التنفس غير تام فيهلك المريض بعد ظهور اعراض الاسفكسيا اى الاختناق البطىء الناتج عن عدم اتمام التنفس

(التشخيص)

لا يمكن تمييز الالتهاب الشعبى ذى الغشاء الكاذب عن الشكل النزلى من هذا الالتهاب الا بواسطة المنطبعات الغشائية المتكونة من مادة ليفية منعقدة ومتجمعة فى الشعب وحيث ان الافراز المخاطى فى الشعب الدقيقة يمكن أن يكتسب شكلها ويحفظه بسبب لزوجته وتماسكه ينبغى البحث فى الاحوال المشكوك فى تشخيصها عن هذه المواد المنقذفة ليفية كانت او مخاطية بحمض الخليك فان التجمعات الغشائية تنتفخ باضافة بعض نقط من حمض الخليك اليها وأما المواد المخاطية فانها تنقبض ويزداد تماسكها باضافة هذا الجوهر اليها واما الاحوال الواضحة من هذا المرض فلا تلتبس بغيرها

(الحكم على العاقبة)

هذا المرض وان ندر أن يهدد الحياة بامتداده العظيم الا ان الحكم على عاقبته بالنسبة للشفاء التام غير جيد فان التهاب الشعب الليفى مرض يستعصى عن المعالجة جدا وميله للنكسات عظيم وبالجملة فكثيرا ما يعقبه السل الرئوى ان لم يكن مصاحبا له

(المعالجة)

معالجة هذا الالتهاب مؤسسة على نفس القواعد التى بنيناها عند ذكر معالجة السعال الديكى الحقيقى وقد نص المعلم (تيرفلدر) على انه يشاهد نجاح عظيم عقب استعمال يودور البوتاسيوم بمقدار نصف درهم كل يوم وأوصى باتباع ذلك فى باقى الاحوال ولم اشاهد نجاح هذه الطريقة العلاجية بنفسى

*(المبحث

(المبحث الثالث)

في تشنج الشعب المعروف بضيق النفس الشعبي
أو القصبي او التشنجي او الربو العصبي الشعبي

(كيفية الظهور والاسباب)

اعلم أنه قبل اثبات وجود العضلات في الشعب بزمن طويل وقبل مشاهدة انقباض هذه العضلات عقب تهيج العصب الرئوي المعدي لاسيما عقب تهيج الغشاء المخاطي الشعبي قد شرح عدد عظيم من اشكال ضيق النفس العصبي في كتب البتالوجية ومعظم هذه الاشكال من ضيق النفس العصبي وان نسب اخيرا التغيرات مادية في الجوهر الرئوي سيما الانفزيما الرئوية وآفات القلب العضوية لم يزل يوجد في بعض الاحوال ضيق نفس عصبي حقيقي اى مرض في العصب الرئوي المعدي ينتج عنه انقباض تشنجي في عضلات الشعب بحيث يضيق متسعها

وقد ذكرنا ان كلا من الاحتقان والالتهاب النزلي في الغشاء المخاطي الشعبي كثيرا مايصطحب بانقباضات تشنجية في عضلات الشعب وان هذه الانقباضات تعتبر ظواهر تشنجية انعكاسية تسري من الالياف الحسية للعصب المحير الى الالياف المحركة السائرة معها في العصب المذكور وان هذا الانقباض أيضا هو السبب الرئيس لحصول ضيق التنفس في النزلات الشعبية ومع ذلك فالانقباضات التشنجية في عضلات الشعب الناشئة عن تغيرات مادية في الغشاء المخاطي الشعبي لايعبر عنها بضيق النفس الشعبي العصبي بل لايطلق هذا اللفظ الاعلى أحوال ضيق النفس التي فيها يحصل تهيج في العصب المحير في محل بعيد سواء أصاب هذا التهيج ذلك العصب في منشئه او اثناء سيره وسواء أصاب أيضا فروعا عصبية أخرى خلاف العصب المحير ثم انتقل الانعكاس الى الالياف المحركة للعصب الرئوي المعدي ام لا

ثم ان أسباب ضيق النفس العصبي الشعبي مجهولة لنا كالانقباض التشنجي في المزمار وكون امراض القلب والانفزيما الرئوية المعتبرة اسبابا مهيئة لهذا المرض تحدث اضطرابا وتغيرا في وظائف العضلات الشعبية زيادة عن ضيق التنفس الذي ينشأ عن هذه الامراض في حد ذاتها أمر مشكوك فيه

ويندر أن تكون بعض أمراض المراكز العصبية كالاورام الضاغطة على العصب المحير سببا لهذه الآفة وفي بعض أحوال أخرى قد يكون التشنج الشعبي مصاحبا لغيره من الامراض العصبية كما يشاهد ذلك عند وجود امراض مزمنة فى الرحم (ويسمى اذ ذاك بالربو الاستيرى) وبالجملة فقد يصيب بكيفية ذاتية بعض الاشخاص المتمتعين بحسب الظاهر بصحة جيدة وعند فتح جثتهم لا يرى فيهم شئ من التغيرات المذكورة

وليس من الواضح أيضا فى غالب الاحوال الاسباب المتممة لنوب هذا المرض على حدتها فهناك اشخاص لا يصابون بنوب ضيق التنفس ماداموا فى اماكنهم ويصابون على الدوام بها اذا باتوا فى محلات أخرى معينة وفى بعض الاحوال قد يحدث استنشاق أتربة بعض النباتات خصوصا عرق الذهب نوب هذا المرض وبالجملة فقد يعدون من اسباب هذا المرض الانفعالات النفسية والافراط فى الجماع والتمدد الغازى فى الامعاء والعوام يعتقدون كثيرا ان حصول هذا المرض من هذا السبب الاخير

ونوب ضيق النفس العظيمة المعبر عنها بالربو العصبي البولى التى كثيرا ما نشاهد فى اثناء سير داء (بركت) وغيره من امراض الجهاز البولى المصحوبة باحتباس فى البول احيانا والتى كنت أظن فيما سبق انها ناشئة عن تسمم الدم ببعض اجزاء البول او بتحصلات انحلاله يظهر انها ناتجة طبقا للمشاهدات الجديدة الموافقة لرأى المعلم (بمبرجر) عن الاوذيما الرئوية فانى قد شاهدت فى مثل هذه الاحوال جملة مرات وجود خراخر رطبة ذات فقاعات رقيقة عند التسمع مادامت نوب الربو موجودة وزوالها بفقدها عند ما ينقذف من المريض بواسطة السعال العنيف او التى نفث مائى غزير وحينئذ فحصول الربو العصبي يكون بالكيفية التى تحصل أغلب أحوال التشنجات البولية (راجع مبحث داء بركت)

(الصفات التشريحية)

من النادر جدا وجود تغيرات مادية فى الجثة يوجه بها بلا شك مجموع اعراض ضيق النفس العصبي الشعبي وينبغى هنا ان يكون الغشاء المخاطى الشعبي سليما بالكلية بحيث لا يوجد سبب آخر مادى يوجه اليه ضيق

التنفس اذا كان تشخيص ضيق النفس العصبي الشعبي حقيقيا

(الاعراض والسير)

ضيق النفس العصبي الشعبي كغيره من الامراض العصبية ذو سير نوبي فان له نوبا تتعاقب مع فترات ولو كان الطرز فيه غير منتظم غالبا وعند حصول نوب ضيق التنفس تتعاقب هذه النوب مع بعضها احيانا في أزمنة قصيرة ثم تزول غالبا ولا تظهر الا بعد أشهر او سنين وعند طرو نوبة ضيق النفس على المريض حالة نومه يصير قلقا وينشأ عن الاحساس بضيق النفس احلام متعبة للغاية لكونه لم يصل لقوة الادراك وعند استيقاظ المريض يحس كما قاله الشهير (رومبرغ) باضطرار الفعل مجهودات تنفسية عميقة لكنه يدرك حالا ان الهواء لا يجاوز صفيرا محدودا من الصدر وفي هذه الحالة يسمع لغط صفيري او شخيري مدة الشهيق او الزفير وهذا اللغط كثيرا ما يسمع بالبعد عن المريض بل المريض نفسه يدركه ثم يزداد عسر التنفس وضيقه فترى عضلات التنفس نفسها والعضلات المساعدة لها في مجهودات فيتحرك جناحا الانف وتتضح حافتا العضلات القصية الترقوية الحلمية وينجذب الرأس الى الخلف والاذرع تجتهد في اخذ صفر ارتكاز لاجل اتساع الصدر لكن لا ثمرة في ذلك ويزول اللغط التنفسي الحويصلي ويحل محله في بعض الاصفار لغط صفيري يسمع احيانا ويختفي أخرى بسرعة وأما اللغط التنفسي الشهيق للحنجرة والقصبة الهوائية فانه لا يضطرب بل يكون ذا رنانية أشد من الحالة الطبيعية ويظهر الضجر في سحنة المريض وتنفتح عيناه وتتغطى جبهته بعرق بارد ويصير لون وجهه باهتا وضربات قلبه شديدة غير منتظمة ونبضه ضعيفا صغيرا وتنخفض حرارة يديه ووجنتيه وبعد مكث هذه النوبة من ربع ساعة الى عدة ساعات مع جملة فترات تزول اما فجأة فيدخل الهواء في الشعب والحويصلات الهوائية المتسددة فينتج عنه لغط تنفسي طفيلي واما تدريجيا مع قلس وتثاؤب او سعال مصحوب بازدياد في افراز الغشاء المخاطي الشعبي وتخرج نخرطية تستمر بعد بعض زمن وهذا العرض الاخير الموصوف وصفا جيدا يشابه بالكلية الالم العصبي الذي مجلسه العصب فوق الحجاج فانه في هذا المرض الاخير تنتهي النوبة غالبا باحتقان وانتفاخ في

الملتحمة وتزايد فى كل من الافراز المخاطى والدمعى والالم العصبى من العصب المتميز يصطحب كذلك باحتقان فى الغشاء الشعبى مع زيادة فى افرازه المخاطى

(التشخيص)

متى تيقن الطبيب من تصور معنى ضيق النفس العصبى وميزه بالدقة عن الانقباضات العضلية التشنجية التى تحصل فى بعض أحوال النزلات الشعبية كظواهر انعكاسية كان التشخيص سهلا والذى يمنعنا من الوقوع فى الخطا وجود النوب الشديدة مع الفترات الخالية وعدم وجود اعراض آنية فى الغشاء المخاطى الشعبى

(الحكم على العاقبة)

انذار هذا المرض بالنسبة لحفظ الحياة اقل خطرا مما يخشى من الظواهر المرضية ولو ان المريض يخشى بعد زوال كل نوبة حصول الهلاك فى النوبة الثانية فالواسطة التى بها يمتنع الخطر متى طرأت موجودة فى نفس المرض فانه متى ظهرت اعراض التسمم الكربونى فى هذا المرض ارتخت عضلات الشعب المنقبضة انقباضا تشنجيا كما فى عضلات الجسم التى يؤثر فيها هذا التسمم تأثيرا شلليا

(المعالجة)

اما المعالجة السببية فاحيانا يمكن اتمامها فى الاحوال التى فيها يكون المرض المزمن فى الرحم سببا فى ضيق النفس العصبى أعنى فى الشكل الاستيرى لكن فى الغالب لا يمكننا اتمام ماتستدعيه المعالجة السببية وذلك لاننا لا نعرف السبب المحدث لهذا المرض واما معالجة المرض نفسه فانها تستدعى وسايط علاجية بها يمكن قطع نوب هذا المرض او تنقيص مدتها او تلطيفها او وسايط علاجية بها يمتنع ترددها

فلاجل الحصول على الغاية الاولى ينبغى ابتداء ازالة الملابس الضيقة عن المريض وتسكين روعه والحصول على هواء نقى جاف حار فى اودته ومن اعظم الوسايط الصحية فى هذا الشان استنشاق الهواء المنضغط باجهزة مخصوصة

لكن يندر الحصول على ذلك فى اثناء النوب فانه فى أثناء اقامة المرضى فى
الاماكن التى يوجد فيها أجهزة جيدة من هذا القبيل شوهد نجاح عظيم
وقد شاهدت شخصا مصابا بالربو عصبى من منذ سنين فعل لنفسه جهازا
مخصوصا فى بيته لاجل الحصول على خفة النوب بالهواء المضغوط والراحة
العظيمة التى تحصل للمصابين بهذا المرض من استنشاق الهواء المضغوط
توجيهها واضح فانه كلما كان توتر الغازات التى تستنشق بالتنفس عظيما كان
نفوذها فى الدم بكمية عظيمة ايضا فعوق التنفس يمكن حينئذ تعادله بواسطة
شدة توتر الغازات المستنشقة وهنالك واسطة أخرى بين الوسايط الصحية
والوسايط الدوائية وهى استعمال القهوة البن اليمنى فنجانا أو فنجانين منها
وتعاطى مقادير صغيرة من عصارة الاثمار المثلجة فان كلا من هاتين الواسطتين
ينشأ عنه راحة عظيمة فى بعض الاحوال وفى أحوال أخرى قد لا ينشأ عنهما
ذلك بدون أن يجزم الطبيب بشئ من ذلك قبل تعاطى كل منهما واما الوسايط
العلاجية الممدوحة حقيقة فهى المخدرات فينبغى للطبيب ان يأمر
بتعاطى مقدار كاف من الافيون او الاستحضارات المرفينية متى كان
الشخص أكيدا وان لم يثمر استعمال ذلك من الباطن يجب فعل الحقن
تحت الجلد بمحلول المرفين وقد دلتنى تجاربى على عدم نفع صبغة اللوبليا
الموصى بها كثيرا فى الربو العصبى (من عشر نقط الى ثلاثين) كل ربع ساعة
أو نصف ساعة كما انى لا أرى نجاحا عظيما كما يزعمون فى شرب دخان ورق
الداتورا كالتبغ فى العود بأن يؤخذ منها من اثنتى عشرة قمحة الى خمسة عشر
وتمزج بالتبغ او المريسة الطيبة ومن شرب سجاير الداتورا المجهزة فضلا
عن كونه احدث عند معظم المرضى التى شاهدتها الما فى الرأس متعبا وفى
بعض الاحوال قد يحدث استنشاق الكلوروفورم فائدة عظيمة لكن ذلك
وقتى وكذا لا بأس باستعمال حرق الورق المجهز على البارود (وهو أن يؤخذ
الورق غير المنشا و يغمس فى محلول مركز من ملح البارود ثم يجفف) فى أودة
المريض وان لم يتحمل كثير من المرضى المصابين بالربو العصبى التنفس
بالابخرة الناشئة عن ذلك فلا يحصل لهم راحة منه وفى احوال نوب هذا
المرض الثقيلة ينبغى استعمال المقيئات التى تصح احيانا نجاحا واضحا وعند

استقرار نوبة هذا المرض زمنا طويلا ينبغي ان يعطى بدلا عن مقدار مقيئ من الطرطير او عرق الذهب مقدار مهوّع من ذلك وقد اوصى الطبيب (كولير) باعطاء منقوع من عرق الذهب (من ٣ ديسيجرام الى ٥ على ١٥٠ جراما من الماء أعنى من ٦ قمحات الى ١٠ على ٥ اواق من الماء) مع خلاصة البوساتلا (وتسمى ايضا بالانيمون بوساتلا أعنى زهرة الرياح عند الالمانيين) بقدر ٥ ديسيجرام اعنى ١٠ قمحات ويضاف لاستعمال هذه الجواهر الدوائية باطنا استعمال المهيجات الجلدية ايضا اسيما دلك الصدر بزيت التربنتينا المدفأ ووضع لبخ خردلية على الساعدين والساقين والحمامات اليدية والقدمية الساخنة فان المرضى التي تكون في حالة يأس ترغب كثيرا في كثرة المعالجة مع التكرار لاجل الحصول على الراحة

ولاجل الحصول على الغاية الثانية اعنى عدم تردد النوب ينبغي ايصاء المريض بتجنب جميع الاسباب المضرة التي ينشأ عنها تردد النوب على حسب تجارب المريض نفسه ويؤمر بامتثال ذلك مع غاية الدقة ولا يتأخر الطبيب عن ذلك ولو لم تكن الاسباب المظنون فيها احداث النوب متضحة وكان الارتباط بين السبب والنتيجة غير واضح ايضا فتؤمر المرضى بابقاء النور مثلا في أودها وفتح أبوابها وذلك فيما اذا تكرر حصول النوب عندهم في مدة النوم باودة مظلمة مغلقة وغير ذلك وتوصى ايضا بالاقامة في المحال الجافة الهواء التي مع تجنب المحال المتربة الممتلئة بالدخان أو ذات الرياح القوية مع المعيشة المنتظمة واجتناب النوم المستطيل

واما الادوية المشهورة بأنها تمنع تردد النوب او تشفي الربو العصبي شفاء تاما فأولها الكنين ومركباته وكلما كانت النوب قصيرة والفترات بينها منتظمة حصل من هذا الجوهر نجاح عظيم واما الاحوال التي فيها تردد النوب بين فترات عظيمة غير منتظمة فلا يجدي فيها هذا الجوهر نفعا فحينئذ يلتجأ الى استعمال جواهر دوائية أخرى من رتبة الجواهر الدوائية العصبية وان كان تأثير هذه الجواهر بالنسبة لتنويع تغذية الاعصاب ووظائفها مبهمة علينا ودلالات استعمالها وتفضيل بعضها على البعض الآخر غير واضح بحيث انه استعملها على وجه التجارب فقط وأفضل هذه الجواهر الدوائية

العصبية استعمالا هى الوسايط الدوائية العصبية المعدنية سيما كربونات الحديد (من ٣ ديسيجرام الى ٥ اعنى من ٥ قمحات الى ١٠ كل مرة) وزهر الخارصين (من ١ ديسيجرام الى ٢ اعنى من قمحتين الى ٤ كل مرة) ونترات الفضة (من ٧ ميليجرام الى ١ سنتيجرام اعنى من ثمن قمحة الى سدس قمحة كل مرة) والزرنيخ على شكل المحلول المعدنى للطبيب (فولير) (من نقطتين الى ٥ كل مرة) فهى أجود من حشيشة الهر والحلتيت والكاستوريوم اى الفستر والكافور

وعلى حسب تجاربى لم يثبت لى نجاح الدواء السرى للطبيب (أوبير) فى هذا المرض الذى هو مركب من (٢٥ جراما من يودورالبوتاسيوم فى ٥ جرام من منقوع البوليغالا الاعلى ٢٧٥ جراما من الماء المصفى مضافا اليه ٥ ديسيجرام من خلاصة الافيون ومن كل من روح النبيذ والشراب البسيط ١٠٠ جرام) والجوهر الدوائى القوى التأثير الداخل فى تركيب هذه الواسطة العلاجية الثمينة الملونة بلون أحمر زاه بواسطة الدودة هو يودور البوتاسيوم ولم أجد له فى حالتين من هذا المرض العصبى المحض منفعة واما فى احوال ضيق النفس المصاحب للالتهاب الشعبى الشعرى او الانفزيما الرئوية المعبر عنه ايضا بالربو فقد شاهدت منه المنفعة العظمى فى أحوال عديدة

(المبحث الرابع)

فى تشنج عضلات التنفس

قد شرح فى هذا العصر كل من المعلم (ويترش وبمبرغر) أحوالا مهمة من ضيق النفس العصبى فيها يكون هذا الضيق ليس ناشئا عن تضايق تشنجى فى القنوات الهوائية الشعبية وتفرعاتها بل عن انقباض تشنجى فى الحجاب الحاجز اذ من الواضح ان التشنج التيتنوسى لهذا الفصل ينشأ عنه عسر عظيم فى حركات التنفس

ثم انه فى هذا الشكل من ضيق النفس الذى لم يعلم كيفية حصوله واسبابه مع الوضوح مثل ضيق النفس العصبى الشعبى تفقد فيه الالغاط الصفيرية الواصفة لهذا الاخير وعوق التنفس فى المرض الذى نحن بصدده يكون

قاصرا على حركة الزفير فان المرضى فى اثنائه تتقبض عندهم عضلات البطن قوة شديدة حتى ينقهر بذلك الحجاب الحاجز المثبت فى وضع شهيق بالتشنج التيتنوسى له فيندفع الى أعلى فتصير البطن تبعا لذلك فى حالة انقباض صلب وتتضح حوافى عضلاتها سيما عضلاتها المستقيمة وبانضغاط تجويف البطن انضغاطا شديدا يخرج كل من البول والمواد السفلية بدون ارادة ويكتسب المريض لونا مزرقا سيانوزيا ويستطيل الزفير بقدر الشهيق مرتين او ثلاثة وتقل حركات التنفس حتى تصل الى عشر مرات او اثنتى عشرة مرة فى الدقيقة الواحدة وهذا الشهيق القصير لا يحدث تمددا فى القسم الشراسيفى فلا يتمدد به الا الجزء العلوى من الصدر واما جزؤه السفلى فانه يندفع نحو العمود الفقرى و ينقبض وبالقرع يتضح سقوط الحجاب الحاجز الى أسفل فى اثناء الزفير فان الصوت الممتلئ للرئة يمتد بقدر قيراط او اثنين الى أسفل وكل من ضربات القلب واصمته يكون متزحزحا الى أسفل بقدر ميزاب بين الاضلاع او اثنتين وبالتسمع لا يحس بالغط التنفسى فى أثناء نوبة ضيق النفس ثم ان الاعراض التى شرحناها لا تحتاج لتوجيه تام فان من الواضح ان الانقباض التشنجى للحجاب الحاجز يعقبه جميع ما ذكر وان استمرت النوبة زمنا طويلا فقد ادرك المريض اما بسبب اضطراب الدورة الدماغية او عدم تمام التنفس اذ بذلك يتشحن الدم بحمض الكربون فيرتقى اللون السيانوزى الى أعلى درجاته و يصير النبض صغيرا والجلد باردا وربما هلك المريض فى الاحوال الثقيلة من هذا المرض فى اثناء نوبته وفى الاحوال الجيدة من هذا المرض قد يأخذ الانقباض التشنجى فى التناقص شيأ فشيأ فيزول كل من اللون السيانوزى وعسر التنفس بدون ان يصطحب ذلك بنفث مخاطى

وفى الحالة التى شاهدها المعلم (عبرغر) قد حصلت راحة عظيمة من استعمال النطولات الباردة واستنشاق الكلورفورم والحقن تحت الجلد بالمرفين ومع ذلك انتهت تلك الحالة بالهلاك

(المبحث الخامس)

فى السعال التشنجى

السعال التشنجي عبارة عن التهاب نزلي في الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية يتميز عن غيره من الالتهابات النزلية للغشاء المخاطي في المسالك الهوائية بكيفية حصوله وبنوب السعال التشنجية الناشئة عن ثوران نوعي في حساسية المسالك المذكورة

ثم ان كلا من تعلق السعال التشنجي باسباب مضرة غير معلومة جيدا ونوعية وظهور هذا المرض ظهورا وبائيا في الغالب وانتشاره بواسطة اصل معدو وقابليته الاكيدة التي تمنع من عوده في حصل أول مرة يذكرنا بكيفية حصول كل من الحصبة والقرمزية والجدري وغيرها من اشكال الامراض التسممية الحادة التي سنشرحها فيما سيأتي مفصلة لكن الامر المعلوم من ان السبب النوعي من السعال التشنجي ينتج عنه اصابة موضعية وحيدة بخلاف الاصل المعدي في الحصبة والقرمزية والتيفوس فانه ينشأ عنه اصابة عمومية في البنية فيحدث مرضا عموميا يلجئنا الى تمييز هذا المرض عن الامراض المذكورة وحيث ان معلومية التغيرات العمومية في الامراض التسممية المذكورة مجهولة علينا فان جميع اعراض السعال التشنجي يمكن توجيهها باصابة الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية اصابة موضعية فمن الجيد شرح هذا المرض من جملة امراض الاعضاء التنفسية ولو كان معديا وليس القصد من ذلك نفي كون السعال التشنجي وباقي الامراض الوبائية المعدية التي لا تحصل فيها الا اصابة موضعية يحدث من تأثير سم نوعي فاننا لا نقول ان حصوله بهذه الكيفية ممكن فقط بل هو الاقرب للعقل غير ان نوع التسمم وطبيعة الجوهر السم المعدي في المرض الذي نحن بصدده ينبغي أن يكون مخالفا بالكلية لما في الامراض التسممية العامة فان النتيجة هنا مختلفة بالكلية

ثم ان هذا الرأي الذي ذكرناه لطبيعة السعال التشنجي من كونه عبارة عن التهاب نزلي في الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية مصحوب بثوران عصبي شديد في حساسيته لم يتبعه أغلب الاطباء فان منهم من يزعم ان السعال التشنجي آفة عصبية في العصب المحير وأقل ان هذه الآفة العصبية في العصب المحير المذكور تنضم لسير هذا الالتهاب النزلي وهذا الرأي الاخير

مؤسس على الصفة التشنجية لنوب السعال وعلى ان هذه النوب تتعاقب بفترات تامة كغيره من الآفات العصبية ذات السير النوبى ومع ذلك فقد تحصل بطريق الانعكاس نوب شبيهة بنوب السعال التشنجى بل تماثلها اذا أثر مهيج شديد على الغشاء المخاطى الحنجرى فى الاشخاص السليمين مما الاطفال كما اذا وصل الى الحنجرة اجسام غريبة ذات حافة حادة ككقطع السكر او الملح الجاف وأثرت فى الالياف الكثيرة الحساسية من الحنجرة وفى السعال التشنجى يكون الغشاء المخاطى فى أعلى درجة من الحساسية بحيث ان المهيجات ولو كانت قليلة الشدة او غير مدركة تحدث نوبا سعالية تعتبر ظواهر انعكاسية غير متعلقة بمرض عصبى فى العصب المتحير فتوران حساسية الغشاء المخاطى المريض يكفى بانفراده فى توجيه حصول نوب السعال الشديدة الحاصلة بطريق الانعكاس وأما السير والنوب الخاص بهذا المرض فسنبينه عند الكلام على الاعراض

ثم اعلم ان السعال التشنجى الافرادى من النوادر العظيمة جدا او بعبارة أخرى المؤثرات المرضية التى ينشأ عنها التهابات نزلية فى الحنجرة والشعب يكاد لا يحدث عنها مطلقا تهيج شديد مستمر فى الغشاء المخاطى من هذه الاعضاء كما يحصل ذلك من المؤثرات الوبائية غير الواضحة التى ينشأ عنها السعال التشنجى ومن هذا القبيل يشاهد أن كلا من الاسهال والقىء الحاصل حصولا ذاتيا لا يصل البتة الى درجة الاسهال والقىء الوبائى اى الكوليرى وهذا التشبيه وان كان غير تام الا انه يثبت الآن ان الكوليرا تنشأ عن تسمم الدم بخلاف السعال التشنجى فانه الى الآن لم يثبت انه ناشئ عن تسمم الدم بجواهر مضرة

ثم ان وباء السعال التشنجى يتسلطن خصوصا فى فصل الشتاء والربيع بدون أن ينطفئ بالكلية فى الفصول الحارة من السنة ويعقب وباء القرمزية والحصبة او يصحبه والظاهر انه يحصل فى بعض الاحوال انتشار أصل معد ولكون هذا الاصل ذا قوة شديدة يصيب الامهات أيضا والحاضنات أعنى يصيب الكبار الغير العرضة لهذا المرض ويظهر ان الاصل المعدى لهذا المرض يكون متشبثا بافراز الغشاء المخاطى المريض وتخبره وأما درجة

انتشاره وباقى اوصافه فليست معلومة لنا والاستعداد للاصابة بالسعال التشنجى يشاهد خصوصا عند الاطفال الذين جاوزوا سنة ويكاد ينطفئ هذا الاستعداد رأسا بعد اصابة الطفل بالمرض مرة كما انه يزداد بجميع المؤثرات المرضية التى تحدث التهابات نزلية وبالتهيج النزلى ولو الخفيف الذى يحصل فى الغشاء المخاطى من المسالك الهوائية عقب تأثير البرد ونحوه وكل من تأثير البرد والالتهابات النزلية الخفيفة المهمل فى معالجتها يمكن ان يصير سببا متمما السعال التشنجى كما ان التباعد عن التدبير الصحى والاسهالات النزلية قد يكونان سببا متمما للكوليرا أيضا والاستعداد للاصابة بالسعال التشنجى يتناقص بالتقدم فى السن ويكاد ينطفئ بالكلية عقب الاصابة بهذا المرض اول مرة

(الصفات التشريحية)

حيث كان من المظنون ان السعال التشنجى مرض عصبى فقد بحث فى الجثة مع الالتفات الكلى عن الحالة التى عليها العصب المتحير والنخاع المستطيل فقيل انه وجد فى بعض الاحوال ان غمد العصب المتحير مرتشح منتفخ والعقد الشعبية المجاورة لهذا العصب التى يمكن أن تكون ضاغطة عليه منتفخة ومتزايدة فى الحجم وان النخاع المستطيل محتقن وكذا أغشيته لكن هذه المشاهدات تعد وحيدة واما الاحوال التى لم يوجد فيها بالبحث التشريحى ادنى تغير فى الاعصاب والاعضاء العصبية المركزية فهى كثيرة جدا

ولاشك فى ان الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية يعتريه على الدوام تغيرات تشريحية لكن يعسر علينا جدا اثبات وجودها فى الجثة ولكون الغشاء المخاطى للقنوات الهوائية الغليظة يحتوى على كثير من الالياف المرنة لابد وان احتقانه البسيط الموجود مدة الحياة يزول بعد الموت بدون ان يترك أدنى أثر كما انه لايمكن التحقق من وجود الانتفاخ الخفيف فى الغشاء المخاطى ورخاوته ونضحه بعد الموت أيضا ومع ذلك فالفرق العظيم بين الظواهر المرضية الموجودة مدة الحياة والتغيرات التشريحية بعد الموت فى السعال التشنجى لايستغرب فانه يوجد ايضا فى غير هذا المرض من الاصابات

النزلية للمسالك الهوائية ويوجد فى جثة الهالكين بهذا المرض غالبا تغيرات تشريحية واضحة وهى عبارة عن أثر المضاعفات التى أحدثت الانتهاء المحزن وتلك التغيرات لا توجد فى الاحوال البسيطة من هذا المرض فانه يندر أن يؤدى للموت فى هذه الحالة الاخيرة وتلك التغيرات عبارة عن الفقد الالتهابى الرئوى الشهيقى المستمر الذى كثيرا ما يشتبه بالانفزيما الرئوية وعن الهبوط الرئوى الممتد والالتهابات الرئوية النزلية المختلفة الدرجة ويندر وجود التهابات ليفية فى المسالك الهوائية والرئتين والسحايا أو استسقاء دماغى

(الاعراض والسير)

يتميز عادة للسعال التشنجى ثلاثة ادوار وهى الدور النزلى والدور التشنجى ودور الانحطاط او البحران فأما الدور النزلى ففى كثير من الاحوال يبتدئ بحمى نزلية شديدة يكون فيها احمرار فى الملتحمتين وفزع من الضوء ويعذب المريض فيها بسعال مؤلم وعطاس متوال وفى هذه الحالة لا يمكن الطبيب الفطن بظهور سعال تشنجى ما لم يكن له معرفة من قبل بتسلطن وباء هذا المرض فلا يعتبر هذا الالتهاب النزلى المنتشر ابتداء لهذا المرض ولو ظهر فيما بعد بجميع اعراضه بل يعتبر مرضا سابقا عليه وفى العادة يزول بعد بعض أيام كل من الحركة الحمية واحرار الملتحمة والفزع من الضوء والالتهاب النزلى فى الغشاء المخاطى الانفى لكن السعال يستمر ويصير مستعصيا ويملئ الفم والحلق بعد السعال بكمية عظيمة جدا من المواد المخاطية اللزجة الشفافة ووجود هذا الافراز اللزج الغزير المخصوص الذى هو من الاعراض الواصفة للسعال التشنجى ولو مدة دوره الثانى يصير تشخيص هذا المرض اكيدا وعما قليل يكتسب السعال وصفا مخصوصا فيه طعب بظواهر انعكاسية شديدة فى عضل الحنجرة وانسداد تشنجى فى فوهة المزمار وحينئذ يبتدئ الدور التشنجى من هذا المرض

ثم ان نوب السعال تبتدئ بلغط مستطيل حاد صفيرى (وهذا يحصل من مرور الهواء الداخل ببطء من فوهة المزمار المتضايق) ثم يعقب ذلك بسعال زفيرى قصير متقطع (وذلك لان الهواء الخارج مع الزفير بشدة لا يمكنه فتح المزمار

الاوقيا) ينقطع بالشهيق المستطيل الرنان وكل من الشهيق المذكور ونوب السعال المفقودة الرنانية يتعاقب الى ان ينقذف الافراز المخاطى اللزج بعد دقائق قليلة ويخرج من الحلق الى الخارج بيد الامهات أو بحركات القيء وهو الغالب مصحوبا بالمواد المحتوية عليها المعدة وبالانقباض التشنجي للمزمار مدة فعل مجهودات الزفير الشاقة يمتنع كما تقدم استفراغ الاوردة الوجهية اى انه يحدث نوباسيانوزية حادة فتصير الاطفال مدة النوبة ذات لون احمر داكن اومزرق وينتفخ الوجه وتدمع العينان وتجحظ من الحجاجين ويظهر اللسان نخينا مزرقا والطفل تكون هيئته شبيهة بحالة الاختناق ولا يندر مدة النوبة حصول نزيف من الانف والفم او الاذنين أوتمزق فى أوعية الملتحمة فيرتشح الدم اسفل منها بحيث تتغير سحنة الاطفال مدة أيام اوأسابيع

والقيء الذى ينقذف به جميع متحصل المعدة فى الاحوال الثقيلة كل نوبة سعال كثيرا ما لا يكون هو العرض الوحيد لانضغاط متحصل البطن مدة نوب السعال الشديدة بل قد يشاهد كذلك خروج البراز والبول بدون ارادة أوفتوق او سقوط فى المستقيم او نحو ذلك وفى العادة تسبق نوبة السعال التى تتردد اربعا وعشرين مرة أو ازيد فى ظرف اربع وعشرين ساعة باحساس دغدغة فى الحلق والاطفال عند ادراكهم اذلك تخشى من حصول النوبة فتنهض فازعة الى مراضعها وتبحث عن نقطة ارتكاز للرأس اوتبتدئ فى البكا وعقب زوال النوبة تبقى فى حالة هبوط وملال وتحس بآلام على طول محل اندغام العضلات البطنية ثم ترجع الى حالتها بعد زمن قصير وتعود الى اللعب ثانيا وتأكل بشهية الى أن تتكدر الراحة بنوبة أخرى

وتقلب الظواهر المرضية المذكورة هو الذى ارتكن اليه فى القول بأن السعال التشنجي مرض عصبى فى العصب المتحير نعم لا ينكر ان نوب السعال التشنجي ليست على الدوام نتيجة لسبب ظاهرى مدرك ولو أنه كثيرا ما يحرض حصول النوبة كل من التكلم بصوت عال والضحك والبكا والازدراد بل من الواجب الاعتراف به أن نوب السعال يكثر حصولها غالبا مدة الليل بدون انخفاض درجة حرارة أودة المريض وان من العسر جدا الوقوف على

الاسباب التى ينشأ عنها هذا الامر المشاهد لكن ان سأل الطبيب الامهات الفطنة او شاهد بنفسه طفلا نائما استيقظ بنوبة سعال تشنجى تحقق من أن نوبة السعال تسبق بخرخرة مخاطية خفيفة مدركة فى الحنجرة ولو بمدة قصيرة جدا واذا نظر فى حلق الطفل عند ابتداء السعال يوجد البلعوم ممتلئا بمادة مخاطية لزجة تنتهى عند انقذافه نوبة السعال كان تجمعه يوقظها ثم انه متى انقذف الافراز المخاطى لابد وان يمضى زمن طويل حتى انه بتجمعه ثانيا يحدث نوبة سعال جديدة وبذلك ينشأ شبه تقطع وسير ذى نوب ثم ان كل نوبة تكون سببا فى تهيج الغشاء المخاطى الحنجرى وكلما كان هذا التهيج شديدا كان تجمع المواد المخاطية ثانيا اسريع او كان ظهور النوبة الجديدة اكثر قربا ثم بعد استمرار دور التشنج ثلاثة اسابيع او أربع وفى أحوال اخرى مدة ثلاثة اشهر أو اربع يبتدئ دور الانحطاط فيفقد الافراز المخاطى النزلى لزوجته وشفافيته ويصير مائعا مصفرا غير شفاف بمعنى ان الافراز القيح يصير تضيحا وتغير الافراز هنا يدل كذلك على ان احتقان الغشاء المخاطى الحنجرى وتهيجه حصل فيهما تناقص عظيم فالمؤثرات البادية الخفيفة لايمكنها احداث نوب السعال التشنجى بل وتصير هذه النوب قصيرة لسهولة قذف الافراز المخاطى وتتلطف الحركات الانعكاسية عقب تناقص تهيج الغشاء المخاطى ويزول القيء الذى به تنتهى نوبة السعال ان لم يؤثر تأثيرا جديدا فى الغشاء المخاطى الحنجرى مهيجات قوية جدا فتحدث نوب سعال شديدة جدا كالابتدائية وحصول النكسات فى هذا المرض قريب ان لم يحفظ الطفل من مؤثرات مضرة جديدة فان الغشاء المخاطى يصير كثير الحساسية جدا ولو بعد شفاء الطفل بالكلية فتكون كل نزلة خفيفة مصحوبة بسعال تشنجى وتضايق فى المزمار بحيث يذكرنا المرض القديم الذى كان قد اعترى الطفل أولا

وأما بالبحث الطبيعى فلا يستدل على علامات واصفة فى أثناء الفترات فان صوت القرع يكون طبيعيا ولايدل التسمع الا على علامات التهاب نزلى وما عدا ذلك من الظواهر المرضية خاص بالمضاعفات وصوت القرع فى اثناء النوب مادامت دفعات الزفير القوية مستمرة يكون تبعا للقول المسلم وتمرش قصيرا ضعيفا أصم وهذه الظاهرة مبنية على كون الهواء المنحصر فى الرئتين

يعتريه ضغط عظيم فى اثناء ذلك بحيث انه يحدث ضغطا فى جهته على جدر الصدر و جوهر الرئة فيعتريهما تمدد عظيم فلا يحصل فيها تموج واضح عند القرع عليها او بالتسمع لا يحس مدة الشهيق العميق الرنان اللغط الطبيعى فى التنفس بل المسموع لغط صفيرى ممتد وفى اثناء الزفير المتقطع لا تسمع الغاط تنفسية واضحة ولو ان الاذن تدرك اوتجاج الصدر

وفى اغلب الاحوال ينتهى السعال التشنجى بالشفاء والعامة تعتقد ان ذلك لا يمكن قبل الاسبوع الثامن عشر الى العشرين وهذا الاعتقاد مخجل للطبيب وخطر بالنسبة للعوام فان ذلك يوقعهم فى الاهمال والترك وبالمعالجة العقلية اللائقة يكاد ان المريض يشفى فى ظرف أربعة اسابيع أوستة

وفى احوال أخرى غير نادرة ينتهى هذا المرض بشفاء غير تام فقد يخلفه فتوق سرية اوأربية خصوصا اضمحلال الجوهر الرئوى وتمدد الخلايا الرئوية الذى نسميه بالانفيزيما الرئوية ونشرحه فى محلها وهذه الانفيزيما التى تخلف السعال التشنجى هى السبب فى بقاء ضيق التنفس فى كثير من الاطفال الذين اعتراهم هذا المرض مدة الحياة وأما القول بأن السعال التشنجى كثيرا ما يخلفه الدرن الرئوى فلا نقول به على اطلاقه فانه كان يصح قبول هذا القول مدة ما كان معنى السل الرئوى والدرن الرئوى واحدا فان كثيرا من الاطفال من يهلك ولا بد من السل الرئوى بعد زوال السعال التشنجى بزمن كثير الطول اوقليله لكن شكل السل الرئوى الذى تم للتبه من النادر ان يكون هو السل الدرنى اعنى تكون عقد درنية دخنية فى الرئة ولينها او تلاشيها فيما بعد بل اغلب الاطفال الذين يظهر عندهم علامات السل الرئوى بعد زوال السعال التشنجى ببعض اسابيع اوأشهر يكون معتريهم التهابات رئوية نزلية مزمنة يستحيل فيها الجوهر الرئوى الملتهب الى مادة جبنية ثم يتلاشى و يتبدد فحينئذ الالتهاب الرئوى النزلى المضاعف للسعال التشنجى لا يتحلل بل ينتهى بما ذكرناه وهذا الشكل من السل الرئوى اكثر حصولا من السل الرئوى الدرنى

واما الانتهاء المحزن فيكاد يكون نتيجة المضاعفات وان كان بعضها ناشئا عن امتداد المرض امتدادا غير طبيعى اوعن اشتداده وارتقائه جدا فان

الالتهاب متى تجاوز الفروع الشعبية الرفيعة ووصل الى الخلايا الرئوية نشأ عن ذلك التهاب رئوى نزلى واما ان انسد بعض الفروع وبقى بهذه المثابة على الدوام ولم يمكن وصول الهواء الى الحويصلات الرئوية المنتهية هى فيها فالهواء الموجود فى هذه الحويصلات يمتص فتهبط الخلايا الرئوية وتتلامس جدرها فينشأ عن ذلك الاتلكتازيا الرئوية اى هبوط الحويصلات الرئوية وقد ذكرنا فيما تقدم ان جميع الاحوال المنتهية بالموت يكاد يظهر فيها بدون شك بقايا هذه المضاعفات ومتى شوهد فى طفل مصاب بالسعال التشنجى أن نوب السعال فقدت صفتها التشنجية الخاصة واتضح ضيق فى النفس وتكررت فى اثناء سير هذا المرض الحمى وارتفعت حرارة راحة يديه جدا واضطرب نومه واعتراه فى اثناء الفترات سعال قصير جاف فينبغى فى مثل هذه الاحوال البحث عن علامات الالتهاب الشعبى الشعرى النزلى او الاتلكتازيا الممتدة او الالتهاب الرئوى النزلى

وأسهل ذلك معرفة طرو الالتهاب الحنجرى الليفى والتهاب الحويصلات الرئوية الليفى أيضا وذلك اما بسبب كون ابتدائه يحصل بأعراض شديدة خاصة به أو بظهور الاعراض الواضحة الخاصة بالمضاعفتين النادرتين المذكورتين وأما الظواهر المخية التى تطرأ أحيانا فى اثناء سير السعال التشنجى فلا يكاد يكون ناشئا عن السكتة المخية او الالتهاب السحائى او الاستسقاء الدماغى فان اوعية المخ السليمة اى ذات التغذية الطبيعية لا تتمزق بسهولة مهما كانت شدة الضغط الجانبى الواقع عليها من محصلها وكل من الالتهاب السحائى والاستسقاء الدماغى الحادّى لا يكفى فى حصوله مجرد الاحتقان البسيط فى المخ وأغشيته وان ظهرت فى اثناء سير السعال التشنجى تشنجات فمن النادر أن تكون اعراضا للامراض المخية الثقيلة ويندر أن تكون خطرة مهددة للحياة ويوجه حصولها اما بالاحتقان الوريدى البرهى او بارتشاح مصلى فى جوهر الدماغ مع انيميا جزئية تابعية او انها ظواهر انعكاسية عامة

(التشخيص)

حيث لا يمكن تمييز نوب السعال المنفردة التى تصحب السعال التشنجى طبقا لرأينا عن نوب السعال التى تشاهد فى الالتهاب الشعبى النزلى الناشئ

عن تأثير البرد ولا عن التى تعقب دخول اجسام غريبة فى الحنجرة ولا التى تعقب بعض المؤثرات الواهية عند أرباب الحساسية العظيمة كالنساء الاستيريات وان أوصاف نوب السعال فى السعال التشنجى مرتبطة بالنواميس الفسيولوجية المتسلطنة فى هذه الاحول المرضية فلا فائدة فى ذكر التشخيص التمييزى بين نوب السعال فى كون السعال تشنجيا أو غير تشنجى وظهور هذا المرض ظهورا وبائيا وكونه لا يكاد يظهر الا فى الاطفال وكل من استعصاء اعراضه واستمرارها يمنعنا عن الغلط واختلاطه بغيره وتفقد غالبا الظواهر الانعكاسية فى عضلات المزمار عند الاطفال الصغار جدا سيما الرضع المصابين بالسعال التشنجى وكذا يفقد الوصف الخاص بالسعال فى هذا المرض فان المرض فى هذه الحالة لا يمكن ان يعرف ان لم يعتبر كل من الوبائى المتسلطن والافراز المخاطى اللزج الغزير الذى يشاهد عندهم كذلك

(الحكم على العاقبة)

مما ينبغى معرفته انه من النادر جدا حصول الاختناق للطفل او الاصابة بالسكتة مدة النوبة فلا يحصل للطبيب فزع اذا حضر وقتئذ وقد دلت التجارب على ان الامهات فى الابتداء يصرن فى حالة رعب وقلق ثم لا يهتممن فيما بعد بحالة الطفل بل ينتظرن مع السكون انتهاء الاسبوع المتمم للعشرين الذى ينتهى فيه المرض حسب اعتقادهن بدون أن يلتفتن الى ملاحظة الطفل الى انتهاء هذه المدة والاطفال الذين يكون سنهم بعض اسابيع او أشهر يكون خطرهم أكثر لا لعدم سد ثقب بوتال منهم ولا لكونهم عرضة للاصابة بالسيانوز الازرق عقب سهولة اختلاط الدم الوريدى بالدم الشريانى بل بسبب كونهم يهلكون بسهولة من اى التهاب نزلى شعبى فان الشعب عندهم لضيق قطرها تنسد بسهولة والاتلكتازيا او عوق التبادل الغازى ولو بدون الاتلكتازيا يهدد حياتهم وقد ذكرنا فيما سبق مفصلا الخطر الذى يمكن حصوله من المضاعفات كما ذكرنا أيضا الامراض التابعية

(المعالجة)

حيث ان السعال التشنجى يكاد يكون دائما مرضا وبائيا وينتشر منه أصل

معد فالمعالجة الواقية تستدعى اذا أمكن تجنب المحلات المتسلطن فيها وباء هذا المرض وعزل السليمين من الاطفال عن المرضى سيما من كان يخشى عليهم من خطر هذا الداء كالاطفال الحديثى السن والضعفاء البنية وأرباب البنية الخنازيرية

ولما كان الاستعداد للاصابة بهذا المرض يزداد عند حصول التهابات نزلية فى المسالك الهوائية أو وجود الاسباب المحرضة لحصولها يلزم ولابد حفظ الاطفال من البرد مدة تسلطن وباء السعال التشنجى ومعالجة الالتهاب الشعبى النزلى البسيط مع غاية الاحتراس والدقة كما أنه فى زمن الهيضة ينبغى ايصاء الاشخاص باتباع تدبير صحى جيد ويعالج الاسهال ولو الخفيف بغاية الاعتناء مع اعتباره اذ ذاك مرضا خطرا جدا وقد أوصينا بحجز الاطفال زمن تسلطن وباء السعال التشنجى فى أودهم على الدوام عند ظهور أدنى سعال خفيف وحفظ درجة حرارة هذه الاود على نسق واحد ليلا ونهارا وعادينا على ذلك عدة أسابيع فكانت النتيجة عدم اصابة كثير من هؤلاء الاطفال بالسعال التشنجى بخلاف غيرهم من بقية أطفال العائلة بعينها فانه بعد ظهور السعال الخفيف عندهم ولم يحترسوا كما ينبغى أصيبوا بالسعال التشنجى

وأما المعالجة السببية فلا يمكن اتمام ما تستدعيه حيث لا قدرة لنا على ابعاد المؤثرات المرضية النوعية المتسلطنة تسلطنا وبائيا ومن الجائز أن يكون النجاح البين الذى تحصل عليه المرضى المصابون بالسعال التشنجى بكثرة عند انتقالهم من المحال المتسلطن فيها هذا المرض ناشئا عن امتناعهم وتجنبهم لتأثير السبب المحدث لهذا المرض المتجدد على الدوام ولذا كان من الموصى به تغيير المحال المتسلطن فيها هذا المرض تغيرا وقتيا والذهاب الى محال ذات صحة جيدة وأما معالجة المرض نفسه فتستدعى نفس المعالجة الموصى بها فى الالتهاب النزلى الحنجرى الشعبى غير الوبائى وجعل السعال التشنجى عبارة عن التهاب نزلى يمنعنا عن البحث والميل للاعتقاد بوجود ادوية نوعية مضر لا فائدة فيه ويلجئنا الاتباع تدبير صحى ذى فائدة لا يعتبره كثير من الاطباء الذين يرون ان السعال التشنجى مرض عصبى وذلك مضر بالاطفال جدا فلا ينبغى اصلا استعمال مضادات التشنج المعدنية كاستحضارات النحاس

والخارصين

والخارصين ونترات الفضة كما انه لا يجب استعمال مضادات التشنج النباتية كالو الريانا والحلتيت والكاستوريوم وغيره وكما انه ينبغي رفض استعمال الذراريح والفوصفور والزرنيخ بالكلية ومما يعد من السخرية استعمال قشور البشور الجدرية الجافة من الباطن وكذا البلادونا ليست دواء نوعيا في السعال التشنجي فلا ينبغي حينئذ استعمالها الا اذا استدعت المعالجة العرضية استعمال المسكنات في السعال التشنجي

ولا يخفى ماذكرناه عند الكلام على المعالجة التي اوصينا بها في الالتهاب الشعبي النزلي الحاد من ان منفعة ملح النوشادر والاستحضارات الانتمونية مشكوك فيها بالكلية فلا نوصي باستعمالها في السعال التشنجي وانما في هذا المرض نوصي باستعمال الطريقة المعرقة كما اوصينا باستعمالها في معالجة النزلات الشعبية الحادة والمزمنة وقد زعم الشهير (أبولتسير) أنه بحفظ درجة حرارة معتدلة في اودة الطفل المريض وعدم خروجه منها يتوصل بذلك بمفرده الى الشفاء التام من هذا الداء في بعض اسابيع وهذا القول وان كان فيه مبالغة الا انني من منذ ما اطلعت عليه وانا متبعه بغاية الاهتمام والنجاح ولم ازل اوصي به على الدوام فان كان المرض حديثا أوصي بحفظ الطفل في فراشه في حالة تبخير جلدي خفيف وينبغي أن تكون الاطفال الصغار مع امهاتهم اومرضعاتهم في فراش واحد ليسهل احداث التعريق لا في أرجوحة مثلا ومع ذلك ينبغي لف اعناقهم برباط من الصوف ويوضع على صدورهم خرق الصوف كما أوصينا بذلك فيما سبق وفي اثناء الفصل الحار من السنة لا مانع من اخراج الطفل من اودته في الهواء المطلق انما ينبغي التنبيه بارجاعه فيها قبل المساء وقبل حلول البرودة ويعطى له مع ذلك ماء سلترس مشروبا اما فاترا أو ممزوجا باللبن الفاتر وبالجملة ينبغي معالجة الاطفال المصابة بهذا المرض مثل معالجة الاطفال المصابة بنزلات في المسالك الهوائية ليست ناتجة عن أسباب نوعية بل عن تأثير البرد وغيره من المؤثرات المضرة ومن الجائز حصول النجاح بمعالجة هذا المرض بواسطة الجواهر الدوائية المستنشقة على هيئة الرزز كنجاحها في معالجة نزلات المسالك الهوائية انما ليس عندنا مشاهدات عديدة كافية في تأييد حقيقة هذا الامر

واما المعالجة العرضية فتستدعى اولا استعمال وسائط علاجية بها يمكن تقصير نوب السعال وتنقيص عددها اذ من المعلوم ان هذه النوب كما انها نتيجة التهيج السنزلى الشديد فى الغشاء المخاطى الحنجرى تكون حافظة لشدته وقد ذكرنا فيما تقدم انه كلما كانت نوبة السعال الاخيرة اقوى واطول كان تهيج الغشاء المخاطى وتأثيره الناشئ عن قوة احتكاك الهواء المار عليه وازدياد افرازه وتكرار النوبة مرة ثانية أسهل حصولا فتى أمكن تسكين نوب السعال وتقليل عددها امكن بذلك تنقيص مدة نوب هذا المرض وقصرها وبذلك ينتهى هذا المرض بسرعة وحينئذ فمن المهم فى شفاء السعال التشنجى تقليل عدد النوب وتنقيص شدتها كما انه من الضرورى فى بحة الصوت المستعصية منع التكلم بصوت قوى ولاجل الحصول على هذه الغاية ينبغى ايصاء اهل الطفل ذوى التعقل والادراك بارشاده مع اللطف لابطال حركة السعال ما امكنه عقب خروج النفث وانقذافه الى الخارج فان جزأ من السعال يحصل من جهة بكيفية غير ارادية ومن جهة أخرى يمكن مقاومة تهيجه بالارادة وتقصير نوبه انما يجب على أهل الطفل مراعاة هذه النصيحة والتمادى عليها ولا يقلقون من عدم حصول الغاية المطلوبة من ذلك بعد مضى ايام بل يداومون على ذلك ولو جملة اسابيع والظاهر ان مقاومة البالغين لحركة السعال وعدم الانقياد لما يحرضه امر يصلح ان يدفع به السؤال عن ذلك بما محصله ان يقال ما السبب فى ان هؤلاء ولو كانوا عرضة بكثرة كذلك للاسباب التى تعترى الاطفال ان ظهرت عندهم نزلات فى المسالك الهوائية لا تصل معهم الى شدة النزلات التى مجموع اعراضها يعبر عنه بالسعال التشنجى

والذى يساعد بالكلية على نجاح الواسطة السابق ذكرها استعمال مقدار صغير من ثانى كربونات الصودا او البوتاسا عند الاحساس بقرب نوبة السعال أو سماع خرخر ضعيفة فى الحنجرة فان القلويات الكربونية تنقص تماسك المواد المخاطية ولزوجتها كما هو معلوم وبذلك يمكن تقليل لزوجة المواد المخاطية المتراكمة حول لسان المزمار فحينئذ يسهل قذفها او يعقب ذلك سرعة انتهاء النوبة وحيث كان الامر كما ذكر فاستعمال القلويات الكربونية

مطابق للتجارب والنظريات معا
ومن المركبات الدوائية المستعملة بكثرة فى السعال التشنجى ما سنذكره وهو الجرعة الآتى ذكرها

دودة نباتية	ح	١٢ =	٥ر٠
كربونات البوتاسا	جم	١ =	٠ر١
ماء مقطر	ق	٣ =	٠ر٧٠
شراب بسيط	ق	١ =	٠ر٢٠

فيعطى من هذه الجرعة مل ملعقة صغيرة عند قرب النوبة والظاهران نجاح هذه الجرعة التام وتقصير نوب السعال الناتج عنها انما هو للقلويات الكربونية لا للدودة ولذا كان شرب نصف كوبة من ماء الصودا زمنا فزمنا ينتج عنه عين هذا التأثير ولا ينبغى ترتيب تعاطى هذه الجرعة عن كل ساعتين ملعقة كما يوصى به غالبا بل المدار على وجود مواد مخاطية لزجة متجمعة وقرب نوبة السعال وبهذه المثابة يسهل على أهل الطفل مداومة الاستعمال حيث يتضح لهم انها تسهل السعال وتقلل نوبه وتقصرها بمعنى انه يتحال السعال بسهولة

ثانيا لاجل تقصير مدة نوب السعال وتنقيص عددها وتلطيفها يستدعى الحال لاستعمال الجواهر الدوائية المخدرة وقد اعتبر كل من المفردات الدوائية العديدة لهذه الرتبة العظيمة من أخفها وهو خلاصة الخس البرى الى اقواها وهو حمض السيانددريك نوعيا فى السعال التشنجى ولاسيما البلادونا فانها اشتهرت بذلك ولا يلزم التكرار فى كون فعل الجواهر المذكورة المسكن يمكن أن ينتج عنه قصر مدة سير هذا المرض لكن حيث يعسر على الاطفال تحمل هذه الجواهر لكونها تحدث عندهم احتقانات مخية وجب الاقتصار فى استعمالها على الاحوال التى يكون فيها خطر المرض يزيد عن الخطر الذى يمكن ان ينشأ عن الجواهر المخدرة المذكورة فلا تستعمل الا فى الاحوال التى ينقذف فيها محصل المعدة بفعل القئ وتضطرب التغذية تبعا لذلك وعقب استمرار السهد وعدم النوم وفى الاحوال التى فيها اعوق استفراغ أوردة المخ مدة النوبة ينتج عنه اعراض انضغاط المخ

او التشنجات ونحو ذلك فان الاحتقان المخي الذي يؤدي اليه استعمال الجواهر الدوائية المخدرة مشكوك فيه والظاهر ان البلادونا لا تفضل عن غيرها من الجواهر المخدرة الا بكون تمدد الحدقة الناتج عنها يكون واسطة لملاحظة تأثيرها ومتى وجدت دلالات استعمال البلادونا وجب اعطاء الاطفال الذين سنهم من سنتين الى أربعة $\frac{1}{8}$ قمحة صباحا ومساء مع الارتقاء في المقدار حتى تصل الى $\frac{1}{2}$ قمحة ويندر أن يزيد عن ذلك ويداوم على تعاطي الجوهر المذكور حتى يحصل تمدد الحدقة وقال المعلم (ترسو) ان الاجود عدم تجزئة المقدار الذي يعطى يوميا بل يعطى مرة واحدة وذكر انه ليس من الضروري الزيادة التدريجية في تعاطيه حتى تبتدئ ظواهر التسمم والاطفال المتقدمون في السن الذين لا يخشى عليهم من استعمال مركبات الافيونية لا مانع من ان يعطى لهم مقدار صغير من المرفين نحو $\frac{1}{12}$ أو $\frac{1}{8}$ من قمحة كل يوم محلولا في ماء اللوز المر كما أوصى بذلك كثيرا الطبيب (ويست) او يعطى لهم بعض نقط من صبغة الافيون

وأما دلالات المعالجة العرضية فانها تستدعي في الاحوال التي يوجد فيها تراكم افراز مرضي في التفرعات الرفيعة من الشعب تنفث تلك المواد فانه زيادة عن خطر تراكمها في حد ذاته يحدث انسداد الشعب هبوطا في الخلايا الرئوية المعروف بالاتليكتازيا وسنذكر تفصيلا عند التكلم على الالتهاب الرئوي النزلي ان هذا المرض ليس عبارة عن امتداد الالتهاب من الغشاء المخاطي الى الخلايا الرئوية فقط بل انسداد الشعب وهبوط الخلايا الرئوية الذي يحدثه هذا الانسداد من الاسباب المهمة ايضا المحدثة لهذا المرض بكثرة ولذا امدحت المقيئات بكثرة في معالجة السعال التشنجي لكن لا ينبغي استعمالها الا عند وجود الدلالات الواضحة فلا تستعمل كل يومين او ثلاثة بدون داع كما يفعل عادة وكلما كان الطفل صغيرا وشعبه رفيعة وكان خطر انسدادها عظيما كان تكرار استعمالها مع ملاحظة الطفل واجبا فمتى أحس بخراخر مخاطية عقب نوب السعال حالا وازداد ضيق النفس وسمع ضعف التنفس الحويصلي في بعض الاصقاع يلزم المبادرة باستعمال المقيئات ولا ينتظر ظهور علامات تكون الدم غير التامة فكلما اتضحت الاعراض

السابقة تعطى حالامع التكرار وأما الاحوال التى لا ينال الطبيب فيها نجاحه المقصود له من المقيئات فتوجيهها لاينحصر فى كون الظواهر الانعكاسية من القىء تتم بصعوبة عند ابتداء التسمم بحمض الكربون فقط بل من كون المواد السادة للشعب لا تنقذف بمجرد الضغط الميخانيكى الواقع على الرئتين من عضلات البطن المنقبضة

وبالجملة فان المعالجة العرضية تستدعى سيما فى الدور الثالث من هذا المرض استعمال التدبير الغذائى المقوى والجواهر الدوائية المقوية ايضا كامراق اللحوم والبيض والنبيذ والمركبات الحديدية اذا ظهرت اعراض فقر الدم وقلته وبهاتة اللون ونحو ذلك من الاعراض التى ينبغى المبادرة فى معالجتها

(الفصل الثالث فى امراض الجوهر الرئوى)

(المبحث الاول فى الضخامة الرئوية)

متى وجدت الرئة متزايدة فى الحجم فالغالب أن لا تكون فى حالة ضخامة بل منسوجها يكون بعكس ذلك فى حالة ضمور اى متلاش اومتخلل وسنذكر شكل عظم حجم الرئة موضحا فى المبحث الثالث عند الكلام على الانفيزيما الرئوية

وقد عرف المعلم (روكيدنسكى) الضخامة الرئوية الحقيقية بانها عبارة عن تزايد فى حجم الرئة مصحوب بنمو حقيقى فى منسوجها وهذا الشكل يشاهد متى صارت احدى الرئتين متلاشية بالكلية بحيث تعوضها الاخرى فتنمو وتعظم وحينئذ تكون حواجز الحويصلات الرئوية اكثر سمكا وحجما وفيها يتزايد عدد الاوعية الشعرية ومنسوج الرئتين يظهر انه أكثر مقاومة وتتسع مع ذلك الحويصلات الرئوية وهناك شكل ثان من الضخامة الرئوية ذكره المعلم (اسكودا) وسماه الشهير (ورجوف) بالتيبس الجمتى اى المتلون بالمادة السمراء من الدم للرئتين وهذا الشكل من الضخامة ينتج عن تزايد الجوهر الرئوى دون الحويصلات الرئوية فيشاهد فى أحوال الاحتقان الرئوى المزمن خصوصا عند وجود آفات عضوية فى الصمامات القلبية القلنسوية أو ضخامة فى النصف الايمن من القلب وحينئذ تكون حواجز

الاخلية الرئوية ممكة والباف منسوجها متزايدة وحيث لم تكن الرئة متزايدة فى الجم فلا بدوان يصير اتساع الخلايا قليلا ومنسوجها أكثر اندماجا ومقاومة ولونه داكنا أو مسمرا ويظهر فيه بقع مسودة بعدد عظيم والتلون بهذه المادة ينشأ عن النزيف الشعرى الذى يحصل فى باطن منسوج الرئة الناشئ عن احتقانه الاحتباسى الشديد ويمكن مشاهدة هذه المادة الناشئة عن استحالة المادة الملونة للدم بواسطة المكرسكوب على هيئة حبيبات سمراء أو مسودة تكون اما فى جوهر الرئة أو الطبقة البشرية من الاخلية الرئوية

وكل من شكلى الضخامة الرئوية يمكن الظن بوجوده مدة الحياة وان لم يمكن تشخيصه مع التأكيد

(المبحث الثانى فى الضمور الرئوى المعروف)
(بالانفيزيما الشيخوخية)

هذا الضمور عبارة عن دقة فى الحواجز الخلوية او تنقبها او تلاشيها بالتدريج وينتج ذلك عن تغذ غير تام فى الرئة وضمورها واما تناقص حجمها الناشئ عن تغيرات مرضية فى جوهرها فستوضحه عند الكلام على الاستحالات المرضية وهذا التلاشى التدريجى يشاهد مصاحبا لضمور الجسم او نموكته العمومية كضمور بقية الاعضاء سيما عند زيادة التقدم فى السن وفى بعض الاحوال قد يحصل الضمور الرئوى بسرعة مع الاتضاح دون بقية اجزاء الجسم وحينئذ تصير اعراضه واضحة

ثم ان رئة الشيوخ تظهر صغيرة الجم وحوافيها المقدمة ضامرة بالكلية ويلامس القلب والكبد التجويف الصدرى بسطح متسع وبزوال الحواجز الخلالية يختلط عدد عظيم او قليل من الحويصلات الرئوية فيتكون عن ذلك تجاويف عظيمة الجم بحيث ينتهى المنسوج الرئوى بكونه يشبه منسوجا شبكيا ذا خلايا متسعة ولكون هذا المنسوج جافا خاليا عن الدم يصير عند اللمس هشا محتويا على مواد متصبية وربما كان ذا لون أسمر أو اسود وهذه المواد الملونة لا تكون ناشئة عن انسكاب دموى بل عن نفس متحصل الاوعية الشعرية المفسدة الذى استحال الى مادة ملونة

وفى هذه الحالة يكون صدر الشيوخ منه غطاء من الجوانب قصيرا وقصره انما نشأ من التمادى على انحناء الجذع أو زوال الحلقات بين الفقرات وتكون المنسوجات المغطية للصدر فى حالة ضمور وكذا العضلات وأما المسافات بين الاضلاع فانها تظهر على هيئة ميازيب عميقة وعند القرع يكون صوت الصدر رنانا تاما لمناسبة تقوس الاضلاع وأما اصمية القلب والكبد فهى متزايدة وبهذه العلامات يتميز ضمور الرئة الشيخوخى عن الانفيزيما الرئوية ووجود الصدر والرئتين بهذه المثابة يوجه ضيق النفس فى الشيوخ وكون الدم عندهم لا يتم تهويته وكون وجنتهم وشفتيهم غالبا ملونة باللون الازرق وكل من تضايق التنفس والصفة الوريدية فى الدم ينشأ عن تناقص متسع سطح التنفس بفقد جدر الخلايا الرئوية وعن تناقص عدد الاوعية الشعرية الرئوية وعن ضعف حركة الشهيق بسبب ضمور العضلات وضعف حركة الزفير أيضا بسبب فقد مرونة الرئة وأما ظواهر السيانوزاى التلون باللون المزرق فانها تكون ناشئة عن ضمور عدد عظيم من الاوعية الشعرية الرئوية فحينئذ لا يجد القلب الايمن سبيلا وعائية كافية لتخليته من الدم فبذلك يحبس الدم فى الاوعية الوريدية العظيمة فينشأ عن ذلك امتلاء اوردة الدورة الكبرى وتراكم الدم فيها ومتى لم يكن ثم تناسب بين كل من ضمور باقى اجزاء الجسم وتناقص مقدار الدم وبين ضمور الرئة وصغر حجمها كانت الاعراض التى شرحناها طبقا التوجيه نالها أكثر وضوحا

وعند البحث بالقرع يسمع صوت واضح جدا بسبب تموج جدر الصدر الرقيقة والاضلاع تموجا عظيما واما اصمية القلب والكبد فانها تكون متزايدة عكس ما يشاهد فى الانفيزيما الحويصلية وعند التسمع يحس بلغط تنفسى عال يزداد كلما كان الفرق بين متسع الانتهاآت الشعبية الضيقة والحويصلات الرئوية المتمددة عظيما ولا معالجة للضمور الرئوى الشيخوخى المذكور

(المبحث الثالث فى الانفيزيما الرئويه)

الانفيزيما الرئوية عبارة عن تمدد مرضى لعدد عظيم من الخلايا الرئوية باختلاط جملة منها بحيث تكون حويصلات عظيمة وذلك يسمى الانفيزيما

الحويصلية اوهى عبارة عن خروج الهواء الى المنسوج الخلوى بين الحويصلات الرئوية اوتحت الصفاق الصدرى وذلك يعرف بالانفيزيما بين الفصوص وهذا الشكل يشابه الانفيزيما التى تحصل فى المنسوج الخلوى تحت الجلد

(كيفية الظهور والاسباب)

قد اختلف رأى المؤلفين فى كيفية حصول الانفيزيما الرئوية الحويصلية والنظريات التى ذكرت فى هذا الشأن اربعة

اولها انها تنشأ عن تمدد فى جدر الخلايا الرئوية تمددا عظيما مستطيلا عند الشهيق الشاق المستمر (وهذه تسمى بنظريات الشهيق)

ثانيها انها تنشأ أيضا عن تمدد عظيم ميخانيكى فى جدر الخلايا الرئوية غير انه لا يحصل مدة الشهيق بل مدة الزفير الشاق (وهذه تسمى بنظريات الزفير)

ثالثها انها لا تحصل عن هذه الكيفية الميخانيكية بل عن اضطرابات غذائية فى جوهر الرئتين غير متعلقة بتمدده وتوتره مدة حركات التنفس

رابعها انها تنشأ عن حالة مرضية فى جدر الصدر أعنى عن تصلبها او تمددها وهذا التمدد يعتبر اوليا ثم ينضم له تمدد الخلايا الرئوية ونحن نعتبر ان الاقتصار على القول بأحد هذه النظريات فى جميع الاحوال خطأ انما يمكن ان يكون كل منها فى بعض احوال الانفيزيما الرئوية جائزا لا فى جميعها ثم انا نتمسك بالتقسيم القديم للانفيزيما الرئوية الى عرضية وجوهرية فنقول

الانفيزيما العرضية عبارة عن تمدد عدد من الخلايا الرئوية تمددا زائدا عن الحد لقلة امتلاء خلايا رئوية أخرى بالهواء او انسدادها بالكلية ومن الواضح ان متسع الحويصلات الرئوية يتعلق بعددها مع بقاء اقطار تجويف الصدر على حالتها الطبيعية الممتلئة بهذه الخلايا فان انسد عدد ما من هذه الخلايا اما بحصول تلاش فيها او امتلائها بجواهر صلبة او سائلة او بانسداد الشعب الموصلة اليها او بالتصاق وريقتى البليورا التصاقا يمنع من تمدد أجزاء الرئة الملامسة لها نشأ عن ذلك تمدد زائد عن الحد فى خلايا رئوية أخرى يمنع من حصول فراغ ثم ان الانفيزيما العرضية تحصل اولا فى جميع الاحوال التى فيها يتلاشى جزء من الجوهر الرئوى او ينكمش بدون أن

ينخسف بجزء من جدر الصدر بقدر ما تناقص من متسع الحويصلات الرئوية وتحصل هذه الانفيزيما ثانيا فى جميع الاحوال التى فيها لا تتمدد جميع الحويصلات الرئوية تمددا منتظما حتى تملأ التجويف الذى ينتج عن التمدد الشهيقى للصدر وفى الاحوال الصحية تتمدد جميع الخلايا الرئوية عند اتساع تجويف الصدر تمددا منتظما بواسطة ضغط الهواء فمتى امتلأ جزء من الخلايا الرئوية بنضح اومادة مصلية بحيث لا يمكن نفوذ الهواء فيها فان هذه الخلايا لا تتمدد مدة الشهيق وحينئذ ينبغى ان تحل الخلايا التى ينفذ فيها الهواء محلها بمعنى انها تتمدد ولذا يوجد فى جثة جميع الهالكين بالالتهاب الرئوى او بالاحتقان الانحدارى انفيزيما عوضية فى جميع الاجزاء الغير المصابة من الرئة وكذا يعقب التصاق البليورا الرئوية بالبليورا الضلعية انفيزيما عوضية مجلسها الحوافى المقدمة والسفلى من الرئتين وتوجه الانفيزيما بهذه المثابة واضح بالتأمل لحركات التنفس فى الحالة الطبيعية فانه مادامت البليورا الجدرانية والحشوية غير ملتصقتين وسهل انزلاقهما على بعض كان وقوع ضغط الهواء الباطنى على الحويصلات الرئوية فى اثناء الشهيق منتظما وكذا تمددها سواء الحويصلات الرئوية الكائنة جهة الحجاب الحاجز او جهة الاجزاء المقدمة والجانبية من الصدر او الحويصلات الكائنة فى قمة الرئتين القريبة من العمود الفقرى ولو ان تجويف الصدر فى الاقطار الاخيرة لا يتمدد فى اثناء الشهيق الا ان تمدد الحويصلات الرئوية الكائنة فى قمة الرئتين وعلى طول العمود الفقرى يتم بتزحزح باقى اجزاء الرئة وتمددها نحو الاسفل والامام فمتى كانت البليورا الجدرانية والحشوية ملتصقتين ببعضهما لا يتم التزحزح المذكور فان الحويصلات الرئوية الكائنة فى قمة الرئتين وعلى طول العمود الفقرى لا يمكنها التمدد فلا تشترك فى امتلاء المسافة التى تحصل فى اثناء الشهيق وتمدد التجويف الصدرى فالاجزاء الباقية من الرئة سيما حوافيها المقدمة والسفلى تحل محلها اعنى تعوضها فى الفعل وبذا يحصل فيها تمدد زائد عن الحد وكذا الانفيزيما الرئوية التى تضاعف كثيرا النزلات الشعبية المزمنة ينبغى اعتبارها احيانا عوضية فانه متى حصل فى اجزاء الرئة تضايق فى الفروع الشعبية الرفيعة عقب انتفاخ الغشاء

المخاطى أو تجمع مواد مخاطية بحيث لا يصل الهواء الى الحويصلات الرئوية الموازية لها هذه التفريعات الشعبية المتضايقة الا بعسر عظيم فلا تشترك اجزاء الرئة حينئذ فى ملء تجويف الصدر المتمدد بفعل حركات الشهيق فيلزم ان باقى أجزاء الرئة التى ليست مجلسا لالتهاب نزلى مزمن وشعبها غير متضايقة تحل محلها اى تعوضها فتتمدد تمددا زائدا عن الحالة الطبيعية

وزيادة على شكل هذه الانفيزيما العوضية المزمنة يشاهد فى الاشخاص الهالكين من الالتهاب الرئوى او من الاوذيما الرئوية الانحدارية انتفاخ الحواف المقدمة من الرئتين وتمددها بالهواء بحيث تتمدد حويصلاتها تمددا عظيما وهذه الحالة هى المعروفة بالانفيزيما العوضية الحادة فان مثل هؤلاء المرضى لتعذر التنفس عندهم لا يمكن لهم ادخال الهواء مدة النزع الا فى جزء من الرئة فقط فالفراغ الذى يحصل فى تجويف الصدر عندهم عقب تمدده يتلى بتمدد بعض الحويصلات الرئوية تمددا انفيزيماويا اى هوائيا ومشاهدة الانفيزيما العوضية الحادة فى الجثة وعدم خروج الهواء من هذه الاجزاء الصغيرة المتمددة بحركة الزفير الاخير وكونه لا يندفع عند فتح التجويف الصدرى بمرونة المنسوج الرئوى انما تنتج هذه الظواهر عن امتلاء الشعب بافراز مخاطى وهو عائق ذو مقاومة اقوى من مرونة الرئة وكل من الانفيزيما العوضية المزمنة والحادة تميز تميزا واضحا عن الحقيقية (اى الانفيزيما الجوهرية) ولاهميتها تكون مرضا رئويا ذا أهمية عظيمة قائما بنفسه

وعلى حسب ما ذكرناه يتضح ان المعول عليه فى حصول الانفيزيما العوضية النظريات الشهيقية فان تكونت هذه الانفيزيما تكونا حادا فى اثناء سير الالتهاب الرئوى او الانحدارى تمزقت الحواجز بين الخلايا الرئوية بخلاف ما اذا تكونت تكونا مزمنا عقب التصاق ورقتى البليورا او النزلات الشعبية المزمنة فان جدر الخلايا الرئوية يعتريها تلاش تدريجى فتسترق وتتمزق ويتكون عن اجتماع جملة خلايا رئوية حويصلات عظيمة وينبغى رفض ما انتشر من القول بأن التمدد الزائد عن الحد لجدر الخلايا الرئوية بدون تغير مادى فيها اى بل مرونتها فانه يترتب عليه ان تمدد الخلايا الرئوية يتعلق بمجرد تناقص مرونة الرئة (كتمدد أدوان مرنة تمددا زائدا عن الحد

اوانبوبة من الصمغ المرن تبقى متمددة على الدوام) ومن المحقق ان الرئة المتمددة تمددا انفيزيماويا تفقد مرونتها وان كان التوجيه السابق خطأ فان فقد مرونة الرئة انما ينشأ عن التمزق او الضمور التدريجى لعناصر الرئة المرنة

وأما الانفيزيما الحقيقية أعنى شكل الانفيزيما الحويصلية الذى فيه يحصل تمدد الحويصلات الرئوية لاجل ملء مسافة خالية من الصدر بل فيه يكون هذا التمدد اوليا ذاتيا فانه يظهر فى معظم الاحوال عقب توتر جدر الحويصلات الرئوية توترا شديدا مستمرا زائدا عن الحد وتمددها فهى تنشأ على رأى المعلم (لينك) بالكيفية الآتية وهى انه متى وجد عائق فى الفروع الشعبية الرفيعة يمنع مرور الهواء فيها كالانتفاخ النزلى فى الغشاء المخاطى او تجمع مادة مخاطية لزجة فيها فان هذا العائق ينقهر بالفعل العضلى القوى الذى يصاحب حركة الشهيق ولا قدرة لحركة الزفير على قهره لكونها تتم بقوة ضعيفة جدا اعنى بقوة مرونة الرئة والصدر والاعضاء الحشوية المضغطة وقت الشهيق فمن ذلك يبقى جزء من الهواء منحبسا فى الحويصلات الرئوية وبحركة الشهيق الجديدة يدخل جزء آخر من الهواء بدون ان يمكنه الخروج وبذلك تمتلئ الحويصلات الرئوية وتتمدد شيأ فشيأ وقد صار اعتراض هذا التوجيه بأمرين احدهما عدم حقية الرأى القائل بأن الشهيق يتم بقوة زائدة عن القوة التى يتم بها الزفير لاسيما الزفير الشاق وهذا الاعتراض حقيق فاننا قد بينا فيما سبق انه بالزفير الشاق تستفرغ الفروع الشعبية الغليظة ما فيها من الهواء واما الخلايا الرئوية والفروع الشعبية الرفيعة فانه يحصل باستفراغها من الهواء عوق أو تنسد بالكلية كما وجهنا بذلك فيما تقدم كثرة حصول التمدد الحويصلى الرئوى الشهيقى المستمر عند وجود الالتهاب الشعبى الشعرى وثانيهما هو ان توجيه المعلم (لينك) يجوز أن يكون كافيا لو كانت الحويصلات الرئوية فى الانفيزيما الرئوية لا يتجاوز تمددها التمدد الذى تصل اليه الحويصلات الرئوية لرئة سليمة عند الشهيق العنيف جدا فهذا الرأى لا يكفى حينئذ فى توجيه تمدد الحويصلات الرئوية تمددا انفيزيماويا فائتا عن الحد وهذا الاعتراض الاخير يبقى عند التأمل من

استقلال التمدد الخلالى والشهيق المستمر بالتمدد الخلالى الانفيزيماوى فان الاول يمكن ان يزول ويشفى بالكلية عند زوال العائق (وهذه الاحوال هى التى يعتبر المؤلفون انها أحوال شفيت من الانفيزيما)

وعند بقاء التمدد الحويصلى الشهيقى واستمراره زمنا طويلا لابدان يعترى جدر الحويصلات الرئوية تغير جوهرى مرضى بسبب تمددها وتوترها المستمرين فتقع فى الضمور وتسترق وتثقب فيختلط جملة منها ببعضه ويكون حويصلات عظيمة وحينئذ تتكون الانفيزيما الحقيقية اى الجوهرية فتوجيه الانفيزيما الحقيقية بتوتر جدر الخلايا الرئوية الشهيقى الزائد عن الحد وعددها لا يطبق على جميع الاحوال بل هناك اشكال أخرى منها كثيرة الحصول توجبه بالنظريات الزفيرية اذبها يتضح حصول الانفيزيما فى الاجزاء العليا من الرئتين بواسطة الشهيق العنيف المتردد مع تضايق المزمار وهوانه فى أثناء نوب السعال الشاقة المصاحبة للسعال التشنجى والالتهابات النزلية المزمنة فى الشعب ونحو ذلك يتناقص تجويف الصدر بقوة مع تضايق فى المزمار فانقذاف الهواء يجد عائقا فى خروجه وكذا عند فعل مجهودات زحيرية وعند النفخ فى الآلات الموسيقية ورفع اثقال وفعل مجهودات جسمية شاقة يعاق كذلك خروج الهواء من المزمار مع تضايق تجويف الصدر ايضا وتضايقه يحصل بانقباض العضلات البطنية والذى يتضايق فيه هو الجزء السفلى منه بانقباض العضلات المذكورة ومتى لم يمكن خروج الهواء من المزمار فانه ينطرد جهة أجزاء أخرى من الرئة لم تكن منضغطة بالفعل العضلى كقمة الرئة وفصوصها الصغيرة التى توجد فيها الانفيزيما الحقيقية على الدوام فان الحويصلات الرئوية فى هذه الاجزاء تتمدد جدا بسبب انضغاط الاجزاء السفلى وحينئذ تكابد جدرها اضطرابات غذائية عقب الضغط المتكرر الواقع عليها من الهواء المندفع نحوها بقوة دفعا فجائيا فتفقد مرونتها وتيبس وقد شاهدت شخصا قوى البنية مفقودا فيه العضلة الصدرية الصغيرة وجزء عظيم من العضلة الصدرية العظيمة من الجهة اليسرى من الصدر فكان يرى عند سعاله او فعل مجهودات اندفاع الهواء فى الاجزاء العلوية من الرئة مع الوضوح بحيث ان المسافات بين

الإضلاع

الاضلاع العليا كانت تتقوس نحو الظاهر وتبرز بروزا واضحا ويشاهد كذلك هذا الامر عند الضعفاء ولو قليل الوضوح

وحيث نشاهد احوال أخرى لا يمكن توجيهها بالنظريات السابقة ساغ لنا توجيه الانفيزيما الرئوية الحقيقية باضطرابات غذائية غير معلومة فى جدر الخلايا الرئوية ومن هذا القبيل الانفيزيما الحقيقية الوراثية

كما ان هنالك احوالا من هذه الانفيزيما يسوغ توجيهها بالنظريات السابقة وهى تمدد جدر الصدر تمددا اوليا يعقبه تمدد فى الحويصلات الرئوية واضطراب غذائى فى جدرها كما يشاهد ذلك عند بعض الاشخاص البالغين ومثل هذه الاحوال وان كانت نادرة الا انه بالتأمل فيها يرى انه يسوغ توجيهها بنظريات الطبيب (فرند) المذكورة

واما الانفيزيما بين الخلايا فانها تنشأ بالكيفية الآتية وهى ان الهواء المندفع بقوة نحو الاجزاء العليا من الرئة اذا مزق جدر الحويصلات الهوائية المتمددة تمددا عظيما دخل فى حالات المنسوج الخلوى الضام وتحت البليورا ايضا فيتكون عن ذلك هذا الشكل ويسمى بالانفيزيما بين الخلايا او بين الفصوص

ثم ان الاستعداد للاصابة بالانفيزيما قد يكون وراثيا كما اتضح من التوجيهات السابقة لكن أكثر ما يشاهد هذا المرض فى الاطفال ويكون ناشئا عن الالتهاب النزلى المزمن فى الشعب كما يحصل ذلك فى الاطفال المقوسة العظام مثلا او عقب السعال التشنجى الخاص بالطفولية تقريبا والاستعداد للاصابة يزداد بتقدم السن لان التهاب الشعبى النزلى المزمن (الذى هو أكثر الاسباب انتاجا للانفيزيما الرئوية) فى هذا السن مرض كثير الحصول جدا سيما الشكل الجاف من النزلات الشعبية

والاسباب المتممة للانفيزيما الحقيقية الرئوية طبقا لما ذكرناه فيما تقدم هى الالتهابات المزمنة فى الجوهر الرئوى مع تلاش فيه والتهابات البليورا مع التصاق وريقاتها التصاقا ممتدا والنزلات المزمنة للفروع الشعبية الرفيعة مع تضايق فيها ونوب السعال الشديدة المتكررة سيما نوب السعال التشنجى والنزلات الشعبية الجافة والنفخ فى الآلات الموسيقية ونحوها ورفع الاثقال

الثابتة وبصورة المس المشاق الجسمية وفي بعض الاحوال قد لا تعرف الاسباب المتممة لهذا المرض

(الصفات التشريحية)

في الانفيزيما العرضية المزمنة التي توجد حول الاجزاء الرئوية المنسدة او الضامرة تظهر الخلايا الرئوية المتمددة منها على هيئة حويصلات صغيرة شفافة في حجم حبة الشهدانج ويندر ان تتمدد تمددا عظيما جدا واما الانفيزيما العرضية الحادة التي تحصل مدة النزع فيشاهد منها في الحوافي المقدمة من الرئتين اجزاء محمرة باهتة او بيضية متكونة من حويصلات صغيرة كثيرا ما تكون متمددة تمددا عظيما وهذه الاجزاء يتضح تميزها دون باقي اجزاء الرئة السليمة المحتقنة بدم داكن وملمس هذه الاصقاع يكون ناعما وتهبط على الجسم بسرعة عند شقها وتكون الخلايا الرئوية عظيمة الحجم وجدرها مستدقة واحيانا تتلاشى الحواجز التي تكون بينها فتختلط ببعضها فحينئذ تكون حويصلات ذات حجم متفاوت العظم وهذه الحويصلات المنتفخة يدل هبوطها السريع عند شقها على ان مرونة جدرها لم تزل محفوظة وان هذا الانتفاخ انما نشأ قبيل فتح الصدر من انسداد الشعب وبذلك يتميز هذا الشكل عما بعده

واما الانفيزيما الحقيقية فمجلسها كما ذكرنا غالبا في قمة الرئتين وفصوصهما العليا فيما اذا كانت ناشئة عن الزفير الشاق مع تضايق في المزمار أو في جسم الرئتين وفصوصهما السفلى فيما اذا كان منشؤها التمدد الشهيقي المستمر للخلايا الرئوية وقد تكون أكثر ظهورا وامتدادا في احدى الرئتين دون الاخرى واقطار القص المريض كثيرا ما تكون متزايدة جدا بحيث يظهر ان الرئة كأنها متزايدة الحجم وكأن تجويف الصدر ليس به محل يسعها فتبرز عند رفع القص وتفقد الرئة مرونتها وانكماشها في الاجزاء الانفيزيماوية فلا تهبط عند فتح الصدر ويصير ضغط الهواء متعادلا في الظاهر والباطن بل وعند شق هذه الاجزاء لا يخرج الهواء الا ببطء بدون احساس باللغط الفرقعي الذي يسمع عند شق الرئة السليمة وتتلامس الرئتان في جميع اجزاء حوافيها المقدمة فكثيرا ما تغطي الرئة اليسرى التامور بالكلية واليمنى كثيرا ما تسقط الى

حافة الاضلاع الاخيرة والخلايا الرئوية نفسها يصل حجمها الى حجم الحصة وشكلها محدب بغير انتظام وكثيرا ما تكون الجدر بين الخلايا الرئوية فى حالة ضمور او منثقبة أو ان هذه الخلايا عند وصولها الى حجم القولة لا تظهر جدرها الا على هيئة اشرطة قليلة الوضوح والجوهر الرئوى يكون جافا جدا خاليا عن الدم فى الاصفا والانفيزيما ويه بسبب زوال عدد عظيم من الاوعية الشعرية مع الحواجز الخلائية ولا يكون لونه ورديا ولا مبيضا كما فى الشكل السابق بل ملونا بالمادة السوداء كثيرا أو قليلا بسبب انسداد الاوعية الشعرية واستحالة متحصلها الى مادة مسودة وفى الاجزاء الرئوية التى بقيت سليمة يكون الجوهر الرئوى كثير الدم رطبا أو ذيماويا

وأما الانفيزيما بين الفصوص فتتكون حويصلات صغيرة تحت البليورا مملوءة بالهواء بحيث تعطى لهذا الغشاء هيئة كأنه مرتفع بمادة رغوية وهذه الحويصلات تتزحزح عن محلها عقب الضغط وبذلك تميز الانفيزيما الفصيصية بسهولة عن الحقيقية وكثيرا ما وجد الهواء المنتشر فى المنسوج الخلوى بين الخلايا وفصيصات الرئة محيطا بها بالكلية ويندر وجود فقاقيع عظيمة بها تنعزل البليورا عن الرئة فى امتداد عظيم ويكاد ان لا يحصل ذلك بالكلية لان نفس البليورا تتمزق وينفذ الهواء فى تجويفها او انه بعد سريانه تحتها وعلى طول جدر الرئة ينتشر فى المنسوج الخلوى من الحجاب المنصف ثم تحت الجلد فتتكون حينئذ الانفيزيما تحت الجلد واما الانفيزيما بين الفصوص التى تشاهد عند فتح الرمة فليست الا ظاهرة رمية فى كثير من الاحوال ناشئة عن تكون غازات عفنة فى الجوهر الخلوى الضام

(الاعراض والسير)

لا يمكن تشخيص الانفيزيما العوضية المحدودة جدا المزمنة مدة الحياة الا نادرا ونهاية الامر الظن بوجودها ان استبان ان الصوت الاصم الذى كان يسمع عند القرع على احدى قمتى الرئتين صار رنانا بالتدريج شيأ فشيأ وكان لا يمكن القول بأن تكاثف جوهر الرئة الذى أحدث الاصمية قد زال

ومتى استطالت مدة النزع واتضحت علامات الالتهاب او الاحتقان الانحدارى وشوهد فى آخر اوقات الحياة تمدد عظيم فى تجويف الصدر

وكانت الشعب عملئة بمادة مخاطيــة دل ذلك يقينا على ان فى الرمة انفيزيما عرضية حادة

واما اعراض الانفيزيما الرئوية العرضــية الممتدة المزمنــة والانفيزيما الحقيقية فلها مشابهة تامة ببعضها فان الظواهر المرضــية فى كلا هــذين الشــكلين تنتج عن ضمور الحواجز الخلائية واضطراب تغذيتها وسنذكرها بعد التشخيص التمييزى بين هــذين الشكلين وفى كثير من الاحوال لا يمكن تمييزهما عن بعضهما مدة الحياة وهذه الاعراض فى كلتيهما تستنتج بسهولة من التغيرات التشريحية فى الجوهر الرئوى التى تقــدم ذكرها فانها من النتائج الفسيلوجية الضرورية لها

فمتى تمددت الحويصــلات الرئوية وفقد عــدد عظيم من حواجزها زال عدد عظيم من الاوعية الشعرية وتناقص متسع سطح التنفس وهذا هو السبب الذى ينتج عنه ضيق النفس عند الانفيزيما وبين وضعف حركة التبادل الغازى الرئوى عنــدهم وقلة تحمض الدم لانه متى فقدت مرونة جدر الحويصلات الرئوية فلا يخرج من الهواء المحتوية عليه الا القليل ويحبس معظمه فى الخلايا الرئوية المتمددة وبالشهيق التالى لا يضاف الى الهواء المحبس الا جزء يسير من الهواء النقى وهذا التبادل غير التام فى متحصل الخلايا الرئوية ينشأ عنه عوق فى وصول الاوكسيجين للدم وخروج حمض الكربون منــه فان الاوكسيجين لا يختلط بالدم وحمض الكربون لا يتصاعد منه الا اذا كان فى متحصــل الخلايا الرئوية من الهواء أوكسيجــين اكثر من حمض الكربون فى الدم ومتى لم يتجدد هواء الخلايا الرئوية فقد التبادل الغازى بالكلية واذا كان التجدد غير تام كما فى الانفيزيمــا الرئوية فان الدم يكون مشحونا بحمض الكربون ويقل دخول الاوكسيجين فيه وزيادة على ذلك نرى ان الرئتــين المصابتين بالانفيزيما يزول منهما عدد عظيم من جدر الخلايا الرئوية مع الاوعيــة الشعرية المحتوى عليها وكلما كان عدد اصفار الملامسة بين الهواء والدم عظيما كان التبادل الغازى أكثر سهولة ففقد الاوعيــة الشعرية يكون عائقا آخر عظيمــا للتنفس ولا يوجد حينئذ فى الاشخاص المصابين بالانفيزيما حالة وريدية فى الدم وجميع ما يوجــد فى هيئة المريض الظاهرة يدل على صعوبة التنفس وعسره وتطلب

الهواء فيصرف كل جهده لاجل تمدد تجويف الصدر فعند كل شهيق يتحرك جناحا الانف وتبرز عضلات العنق بروزا واضحا بل يحصل فى هذه العضلات ضخامة بسبب مجهوداتها المستمرة وتعين على تكوين شكل الصدر الخاص بالمصابين بالانفيزيما وسنذكره فيما يأتى وبالجملة فان المريض يقع فى حالة ضعف عضلى من قلة حركة تحيون الدم اى لقلة دخول الاوكسيجين فيه وتصاعد حمض الكربون منه والى هذا ينسب الخمود والانحطاط الذى يحصل للمرضى

واذا انضم الى هذه العوائق المانعة للتبادل الغازى عائق آخر كامتلاء الامعاء فانه يمنع انخفاض الحجاب الحاجز وتمدد الصدر وانضغاط الوريد الباب ينتج عنه تقهقر الدم واحتباسه فى اوردة المعدة والامعاء فينشأ عن ذلك التهابات نزلية فى هذه الاعضاء وبهذه المثابة تنتفخ اوردة الامعاء الغليظة والمستقيم بكثرة وتصير دوالية (وهى العقد الباسورية) وظهور هذه الحالة يحدث عند المرضى فرحا عظيما فانهم طالما يعتقدون انهم وقفوا على حقيقة مرضهم ويتعشمون بتحسين المرض من حصول السيلان الباسورى البحرانى لهم ومثل ذلك اذا اعترى المرضى نزلة معدية مصحوبة بتناقص الشهية فانهم يعتقدون ان مرض المعدة هو الينبوع الحقيقى لدائهم ويزعمون ان بهم سعالا معديا

وكذا يحصل بسبب استفراغ الاوعية الوريدية الغليظة غير التام احتباس متحصل القناة الصدرية ووقوفه فيها فانه متى امتلأ الوريد تحت الترقوة بالدم يحصل فى سيلان الليمفا والكيلوس تعسر كما يحصل فى سيلان دم الاوردة التى تصب متحصلها فى الوريد تحت الترقوة وحيث ان الليمفا هى ينبوع المادة الليفية فى الدم كما أثبته المعلم (وريحوف) مع الايضاح وانها هى التى توصل للدم مواد المادة الليفية فمن الواضح ان دم الاشخاص المصابين بالانفيزيما الرئوية يكون قليل المادة الليفية وان سوء الاخلاط الوريدى ينافى وجود سوء الاخلاط الليفى أعنى ازدياد المادة الليفية فى الدم ثم ان المانع الحاصل فى انصباب الكيلوس ووصوله الى الوريد تحت الترقوة ينشأ عنه عوق فى تجدد الدم وتولده وتناقص فى جميع التغذية العامة وبذلك يفسر حصول

النحافة عند المصابين بالانفيزيما فانه من جملة الاسباب التى يوجه بها حصول النحافة العامة عند المصابين بالانفيزيما والتهوكة السريعة كما يوجه به قلة احتواء مصل الدم على المادة الزلالية او فقدها منه وهذا يساعد على حصول الظواهر الاستسقائية

وقد ذكرنا ان الانفيزيما الرئوية تمنع استفراغ البطين الايمن من القلب بسبب ضمور عدد عظيم من الاوعية الشعرية وبهذا السبب أيضا لايمتلئ القسم الايسر من القلب امتلاء تاما لان ينابيع الدم الواردة عليه قد حصل فيها تناقص ولنقص كمية الدم فى البطين الايسر يشاهد صغر النبض وتلون الجلد بلون داكن ويحصل كذلك تناقص فى الافراز البولى كما ذكره المعلم (تروبه) ويكون البول المنفرز بكمية قليلة مركزا كثيفا عكرا والاملاح البولية التى يحتاج لانحلالها الى كمية عظيمة من الماء كثيرا ما ترسب على هيئة راسب محمر لكن رسوب الاملاح البولية لا ينشأ فقط عن تركز البول وتزايدها النسبى بل لامانع من كونه ينشأ أيضا عن تزايد حقيقى فى تلك الاملاح اى تكوين حمض بوليك بدلا عن البولينا وذلك ان الاوكسيجين الممتص بكمية قليلة لا يؤكسد المتحصلات الازوتية فى الجسم تأكسدا تاما بحيث يحيلها الى بولينا بل يحيلها الى حمض بوليك وهو اقل درجة من التأكسد وبالجملة فلنذكر أيضا ما يحصل فى الرئة المصابة بالانفيزيما من اضطراب الدورة فان العائق الذى يحصل فيها من اجزاء الرئة المريضة يزيد ضغط الدم فى اوعية الاجزاء السليمة أعنى فى الفصوص السفلى منها

وحيث ان اوعية الدورة فى هذه الاجزاء يمر فيها كمية عظيمة من الدم زيادة عن الحالة الصحية يزداد متسع هذه الاوعية وتحتقن فينشأ عن ذلك التهابات نزلية شعبية بل أوديما رئوية محلسها غالبا الفصوص السفلى

واما باقى الاعراض المنسوبة للانفيزيما فهى فى الحقيقة محض مضاعفات هذا المرض فالسعال مثلا عرض من اعراض الالتهاب الشعبى وكثيرا ما يزول بالكلية فى اثناء الصيف مع بقاء الانفيزيما ولا يتضح من البحث الطبيعى فى الصدر شئ الا اذا كانت الانفيزيما ممتدة والرئة متزايدة الحجم تزايدا عظيما

(تنبيه) مما ذكرناه يتضح ان ضيق النفس أو عسره فى هذا المرض ينتج عن ثلاث

امور مهمة (اولا) تلاشى عدد عظيم من الحواجز بين الخلايا الرئوية مع فقد عدد عظيم من الاوعية الشعرية الكائنة فيها (ثانيا) الوضع الشهيقى المستمر لتجويف الصدر مع انخفاض الحجاب الحاجز انخفاضا مستمرا (ثالثا) عدم تحرك جدر الصدر مع تمددها ويبسها فان هذه الامور يترتب عليها ولا بد تناقص تسع سطح التنفس وعوق التبادل الغازى فى الخلايا الرئوية وعدم تكون الدم وبذلك توجد جميع الظواهر المرضية التى تعترى الدورة والتغذية عند المصابين بهذا المرض ومتى اعترى المريض سبب من الاسباب المعينة على ازدياد ضيق النفس كثوران النزلات الشعبية ونحوه ارتقى عسر النفس الى درجة غير مطاقة بحيث يظهر عندهم مايسمى بالربو الانفيزيماوى المنضم مع الضجر العظيم وعدم امكان الاضطجاع فى الفراش بحيث يمضى على المرضى كثير من الليالى وهم جلوس على الفراش فى حالة تقرب من الاختناق مع تنفس شاق جدا صفيرى طويل فى اثناء حركة الزفير ويصير لون المرضى رماديا وسخا واعينهم ذابلة والحواس خامدة والنبض صغيرا غير منتظم وكذا ضربات القلب والاطراف باردة وترتقى ظواهر انشحان الدم بحمض الكربون الى أعلى درجة وهذا الربو الانفيزيماوى اى ضيق النفس الانفيزيماوى كان يعتبره المعلم (اينك) ربوا عصبيا وهذا خطأ والذى يرتكن اليه غالبا فى تشخيص الانفيزيما هو البحث الطبيعى لكن ليس فى جميع الاحوال فانه يستثنى من ذلك الاحوال التى فيها يكون هذا المرض قليل الامتداد جدا

فالبحث بالنظر يعرف به احيانا الشكل الخاص بالصدر المسمى بالصدر الانفيزيماوى الذى يحصل متى تكونت الانفيزيما الممتدة ولم يزل تجويف الصدر مرنا ولهذا الشكل هيئة مخصوصة فيكون الصدر بارزا بالكلية الى الضلع السادس والقطر المقدم الخلفى متزايدا والقص مكونا القوس محدب نحو الامام والعامود الفقرى كثيرا ما يكون كذلك مقوسا ولا تنمحى المسافات بين الاضلاع مطلقا حتى تساعد على اتساع الصدر فى هذا الشكل وتكون عند المرضى ميازيب كثيرة الوضوح وتظهر الحفر فوق الترقوة وتحتها ممتلئة والعنق قصيرا الان تجويف الصدر يكون منجذبا الى

أعلى بالعضلات القصبية الترقوية الحلمية والاخصية فحينئذ يكون هذا التجويف كما ذكره المعلم (ترويه) فى حالة الوضع التى تكون عليها فى اثناء الشهيق ولو فى أثناء حركة الزفير وقاعدة الصدر اى محل اندغام لعضلات البطنية لاتشترك فى التمدد وبذلك يكتسب الصدر شكل البرميل ولا ترتفع الاضلاع فى اثناء الشهيق الاقليلا وتجويف الصدر يرتفع بتمامه وينخفض مدة الزفير بدون ان يتمدد أو يتضايق بكمية واضحة

وأما العلامات المهمة فى تشخيص هذا المرض فتؤخذ بالاكثر من القرع اذ به يعلم دخول الجوهر الرئوى بين القلب وجدر تجويف الصدر وبين هذه الجدر والكبد والغط الاصم الطبيعى للقلب اعنى الصفر الذى فيه يلامس القلب جدر الصدر يكون زاوية حادة تقريبا فى محل متصل الضلع الرابع الايسر مع القص وأحد اضلاعها حافة القص اليسرى والضلع الآخر يتكون من خط يتوهم امتداده من محل متصل الضلع الرابع بالحافة اليسرى من القص الى الصفر الذى تقرع عليه قمة القلب وهذا الصفر موضوع تحت حلمة الثدى بنحو سنتيمتر ونصف أو أكثر بقليل وبالقرع على الجهة السفلى اليمنى من الصدر يوجد فى الحالة الطبيعية صوت أصم ممتد من الضلع السادس الى أسفل فان الكبد فى هذا المحل يلامس جدر الصدر ايضا فاذا وجدت أصمية الكبد متناقصة أو مفقودة فذلك دليل على ان الرئة اليمنى تزايدت فى الحجم وان وجدت أصمية القلب بهذه المثابة فيكون دليلا على ان الرئة اليسرى متزايدة فى الحجم أيضا فامتداد صوت القرع الممتلئ دليل على وجود الانفيزيما

واما تفاوت رنانية صوت القرع قلة وكثرة فليس فيه أهمية بالنسبة لمعرفة الانفيزيما فان كلا من شدة رنانية صوت القرع وقلتها متعلق بكثرة تموج الجدر الصدرية والجوهر الرئوى الكائن خلفها وقلته وقد تكون مقاومة الجدر الصدرية متزايدة ولو كانت كمية الهواء المحتوية عليه الرئة متزايدة بحيث لا يكون صوت القرع رنانا عاليا جدا ولا يوجد صوت طبلى فى الانفيزيما الرئوية على الدوام اذا كانت جدر الصدر متوترة جدا على متحصلها فكان القرع على مثانة لا يحدث صوتا طبليا متى كان توتر

جدرها مرتقيا الى أعلى درجة عقب نفثها انفخا شديدا فكذلك القرع على الصدر لا يحدث صوتا طبليا متى كانت جدره متوترة توترا شديدا على الرئة او كانت جدر الخلايا الهوائيـة متوترة توترا شديدا على محصلها او يشترط لحصول الصوت الطبلى انتظام التموجات الهوائيـة لكن ضغط الهواء الذى يحصل فيه تناقص وترايد على الدوام عند القرع على جدر الصدر يمنع انتظام هذه التموجات فالعلامات المشخصة للانفيزيما هى امتداد الصوت الواضح وتناقص أو فقد اصمية القلب أو الكبد لا الصوت الرنان بالكلية ولا الصوت الطبلى (تنبيه لا يحصل الصوت الطبلى فى هذا المرض الا عند وجود مضاعفات أو كان الجوهر الرئوى فاقد المرونته بالكلية) وعند التسمع لا يسمع الا لغط حويصلى ضعيف بسبب ضعف التبادل الغازى فى الخلايا الهوائية ولو كان صوت القرع على حالته الرنانية الطبيعية وكانت مجهودات التنفس عظيمة وفى أحوال أخرى قد يسمع خراخر رطبة خاصة بالالتهاب الشعبى المزمن الذى هو مرض ملازم للانفيزيما الرئوية غالبا وربما يسمع خراخر ذات فقاقيع صغيرة فى الاصقار السفلى من الصدر فى محاذاة العمود الفقرى لان هذه الاصقار من الرئة تكون كما ذكرنا محلا لاحتقان نزلى اوأوديما بسبب العائق الموجود فى دورة الاجزاء العليا من الرئة

وبالجملة فلما ذكر من اعراض الانفيزيما انه عند وجود انفيزيما رئوية يسارية عظيمة تزول اصمية القلب من هذه الجهة بالكلية فلا تسمع ضربات هذا العضو فى محلها الطبيعى بسبب حيلولة الجوهر الرئوى بين القلب والجدر الصدرية ويشاهد عوضا عن ذلك نبضات عظيمة فى القسم الشراسيفى عند كل حركة انقباض بطنى وهذه الظاهرة تحصل من تحول القلب الى أسفل وسريان نبضه الى الفص اليسارى من الكبد عندما يكون البطين الايمن فى حالة ضخامة وتمدد ويندر أن تكون هذه الظاهرة ناشئة عن تحول قمة القلب نحو الخط المتوسط واحيانا تكون الانفيزيما فى الرئة اليمنى عظيمة جدا بحيث يندفع الكبد الى أسفل وحينئذ يعرف هذا العضو باللمس والقرع فى المراق الايمن وقد يجاوز الكبد حافة الاضلاع بقدر جملة أصابع عرضا بدون انتفاخ أو احتقان واما سير الانفيزيما الرئوية فانه متى حصل عند الاطفال

ربما استمر طول الحياة وكثير من المصابين بها يعمرون ولو انه بطول السنين تزداد المكابدات وعسر التنفس وتصير نوب ضيق النفس ذات قوة شديدة ويكثر ترددها ومثل هؤلاء لا يمكن شفاؤهم بالكلية لكن فى زمن الصيف يحصل عندهم تحسين فقط ينشأ عن المخاط الالتهاب النزلى المصاحب لهذا المرض وعن تناقص عسر التنفس الناتج عن هذه المضاعفة فان ما ينشأ عن هذا الالتهاب النزلى المزمن من ضيق النفس والتلون السيانوزى اى المزرق والاستسقا آت أمر عظيم جدا كما ذكرنا ذلك عند الكلام على الالتهاب النزلى الجاف

ومن النادر هلاك المرضى المصابين بالانفيزيما فى نوبة من النوب التى شرحناها عقب عدم كفاية التنفس والتسمم الحادث بحمض الكربون وظهور الاعراض المعلومة للشلل العام بل الغالب ان ركود الدم فى اوردة الجسم وفقد مصل الدم اى قلة احتوائه على زلال يؤدى لحصول الاستسقاء العام وبالجملة فكثيرا ما تموت المرضى من قلة التغذية اعنى فى حالة النهوكة الناتج ذلك عن الالتهاب النزلى فى الغشاء المخاطى المعدى وامتصاص الاوكسيجين امتصاصا غير تام وركود سائل القناة الصدرية فيها

(التشخيص)

الانفيزيما قليلة الامتداد يعسر تشخيصها مع التأكيد بخلاف الممتدة التى ينشأ عنها ضيق عظيم فى التنفس وظواهر سيانوزية فيسهل تشخيصها بواسطة العلامات الطبيعية وتميز عن غيرها من امراض الصدر المصحوبة كذلك بضيق فى التنفس وتلون سيانوزى فان الخطأ مأمون بشكل الصدر وامتداد رنانية الصوت التى تصل الى حافة الاضلاع الاخيرة والقص وتزحزح القلب والكبد وضعف التنفس الحويصلى واما تمييز الانفيزيما عن التجمع الغازى فى الصدر فسيأتى الكلام عليه

واما التشخيص التمييزى بين الانفيزيما العوضية والحقيقية فينبنى على معرفة تاريخ المرض والمبحث الطبيعى ولو فى بعض الاحوال فان ظهرت الانفيزيما عقب زوال الالتهابات الرئوية او البليوراوية بدون ان يسبق ذلك بسعال شديد او باخبار المرضى مع التأكيد بأن ضيق النفس متقدم

الحصول على السعال جاز الظن مع التحقيق تقريبا بأن تلاشى بعض اجزاء الرئة او التصاق وريقتى البلورا ببعضهما ايؤدى لحصول انفيزيما عوضية فى الاجزاء السليمة من الرئة أعنى فى الحوافى المقدمة والسفلى من الرئة (أو ان هذه الانفيزيما ناشئة عن فساد اولى فى جوهر الرئة) واما ان شوهدت الانفيزيما عند اشخاص مشتغلين بآلات النفخ الموسيقية وبالغون فى استطالة تقسيم مدة النفخ اوحصل ضيق النفس عقب السعال الشعبى او التهاب نزلى شعبى مصحوب بسعال مزمن شديد ساغ التخمين بأن المريض مصاب بانفيزيما حقيقة وكذا وضع الصدر الشبيه المستقر يدل على الشكل الاول وأما شكل الصدر البرميلى فيدل على الثانى

(الحكم على العاقبة)

عاقبة هذا المرض بالنسبة للحياة جيدة فان انتهاءه بالموت نادر ولا يحصل الا بعد طول الزمن جدا ومن المعلوم ان الانفيزيما الرئوية تقى نوعا من السل الرئوى سواء كان ناشئا عن سوء الاخلاط الورنيدى اوعن تناقص الدم فى الرئتين سيما فى قمتهما ويخشى على الاشخاص المصابين بالانفيزيما الرئوية من انه اذا اعتراهم التهاب رئوى (وهى حالة نادرة الحصول) ان لا يتم نضج هذا الالتهاب بل يجف ويتلاشى فيما بعد مع الحواجز الخلائية بعد مكابدته الاستحالة الجبنية (راجع مبحث الالتهاب الرئوى الليفى) واما عاقبة هذا المرض بالنسبة للشفاء التام فليست جيدة طبقا لما ذكرناه فى سيره

(المعالجة)

اما المعالجة السببية فتستدعى معالجة الالتهاب الشعبى النزلى والتشنجى ونحو ذلك واقل ما يتحصل عليه ايقاف تقدم الانفيزيما فان الشفاء التام فى هذا المرض غير ممكن بالكلية ومتى كان الجو رديا او درجة الحرارة منخفضة جدا وجب صون المريض فى اودته دائما والمرضى المستيقظون لحالهم يعرفون جيدا درجة البرد التى تضربهم فيمتنعون عن الخروج من اماكنهم المعدة لهم ولمعالجة المرض نفسه قد اوصى بعضهم باستعمال المقيئات مع التكرار وزعم انه بتضايق الصدر تضايقا عظيما ينطرد الهواء من الخلايا الرئوية عقب انضغاط الرئتين فى اثناء حركات القىء وينتهى الامر

بانقباضهما هى نفسها وهذا الاخير لا يحصل عليه لما ان الخلايا الرئوية التى اطرد الهواء منها لا تمكث زمنا طويلا متناقصة الحجم واما الاول فيمكن الحصول عليه ولوان قوة تجويف الصدر لا تتضايق تضايقا عظيما مهما كانت قوة انقباضات العضلات البطنية فحينئذ لا يكون فعل المقيئ الا ملطفا فقط وينبغى الاقتصار فى استعماله على اوقات هذا المرض التى يستدعى فيها كل من التنفس وبرودة الجلد وصغر النبض ونحو ذلك استفراغ الخلايا الرئوية وتجدد الهواء والانقباضات العضلية للعضلات البطنية الناشئة عن المنبهات الجلوانية تعقبها نتيجة مماثلة لما تقدم عند استعمالها من طبيب ممارس بل هى اقوى من فعل المقيئ ويمكن ان تعقب بحركات شهيق عميقة بواسطة تهيج العصب الحجاب الحاجز تهيجا لا واسطيا

والايصاء باستعمال كل من المقربات والجوز المقيئ والاستركنين والجويدار مؤسس على نظريات دون تجارب نافعة ومثل ذلك يقال فى استعمال صبغة الوبليا انفلاتا الممدوح استعمالها بكثرة بالنسبة لتأثيرها الجيد فى الانفيزيما الرئوية

واما المعالجة العرضية فتستدعى اولا معالجة النزلات الشعبية التى تكاد تصاحب الانفيزيما الرئوية على الدوام وتزيد فى مشاق المريض وتعبه فان لبس الاقمصة المصنوعة من الصوف على الجسم مباشرة واستعمال الوسايط المنبهة على الصدر والحمامات البسيطة الحارة او البخارية واستعمال مياه الينابيع القلوية المريانية لا سيما مياه امس الساخنة وغيرها من المياه الطبيعية المشابهة لها التى يوصى باستعمالها عند المصابين بالانفيزيما ان ترتب على استعمالها غالبا منفعة عظمى وحصل منها راحة عظيمة للمريض مدة من الزمن كان ذلك ولا بد منسوبا للتأثير الجيد لتلك الوسايط العلاجية فى المضاعفة المتعبة للمصابين بهذا المرض وهى النزلات الشعبية المزمنة سيما الشكل الجاف منها وقد شاهدت المنفعة العظمى من استعمال يودورالبوتاسيوم فى المصابين بالربو الانفيزيماوى كما تقدم ذكره وتستدعى المعالجة العرضية ثانيا تلطيف ضيق النفس الاعتيادى لمثل هؤلاء المرضى ونوب ضيق النفس العظيمة منه التى تسمى على وجه الاختصار بنوب

ضيق النفس فلاجل تلطيف ضيق النفس الاعتيادى يوصى بارسال المرضى فى اثناء الصيف الى الاماكن الموجود بها غابات من اشجار الفصيلة المخروطية فان المرضى يجدون الاقامة فى المحال المذكورة ذات الهواء الكثير الاوكسيجين مدحا عظيما ومن هذا القبيل فى التأثير الجيد الملطف لضيق النفس استنشاق الهواء المنضغط بواسطة اجهزة مخصوصة فانه يحصل من ذلك للمرضى الراحة العظمى غير ان هذه الطريقة العلاجية تحتاج لمصاريف عظيمة وعند استنشاق الهواء المنضغط بتلك الاجهزة تحس المرضى براحة عظيمة كانها ولدت حينئذ وتوجيه ذلك سهل

ومن المهم جدا لاجل تجنب حصول نوب الربو الانفيزيماوى اتباع تدبير غذائى صحى مع غاية الاحتراس وتجنب الاغذية المولدة للغازات فى البطن وتعاطى قليل من الاغذية قبل النوم والاجتهاد فى الحصول على التبرز كل يوم بواسطة مسحوق عرق السوس المركب بالكيفية الآتية بان يؤخذ من

ورق السنا المكى ومسحوق عرق السوس	من كل جزآن
شمر وكبريت نقى	من كل جزء واحد
سكر عادة	ستة اجزاء

او مسحوق آخر ملين مركب من

سنامكى	١	جزء
كبريت	٢	
ملح طرطير	٤	
سكر كونى	٨	

فانه مسهل خفيف أكيد التأثير أيضا ويعطى من هذين المسحوقين قدر ثلاث ملاعق صغيرة كل يوم وفى اثناء النوبة لا ينبغى نسبة خمود الحواس وغيرها من الظواهر الدماغية الى الاحتقان الوريدى العظيم للدماغ وفعل الفصد فان ظواهر ابتداء التسمم بحمض الكربونيك تزداد ولا بد بالاستفراغات الدموية وكذا لا ينبغى استعمال المخدرات فى اثناء النوبة سيما الافيون الا مع غاية الاحتراس ولا يستعمل الا عند وجود انقباض تشنجى

فى الشعب بل يستعمل المقيئات والمنبهات كالكافور والمسك والجاوى ومقدار عظيم من النبيذ القوى كما أوصى به بعضهم احيانا بأن يعطى عشرة من اوقية الى أوقية ونصف كل ثلاث ساعات وان لم تثمر الوسايط المذكورة يعطى زيت التربنتينا من درهم الى نصف اوقية فى منقوع عطرى

وينبغى استعمال المدرات البولية فى احوال الاستسقاء والمعرقات سيما عند وجود نزلات شعبية شعرية كما تقدم فان كان الاستسقاء ناتجا عن اضطراب الدورة الرئوية بسبب وجود آفة فى القلب غير متعادلة ينبغى اعطاء الديجيتالا وقتيا (بأن يؤخذ منها من عشر قمحات الى عشرين وتنقع فى ست اواق من الماء) وفى الاحوال التى لا تثمر فيها الديجيتالا قد يكون استعمال بصل العنصل ناجحا وقتيا فيعطى على شكل خله المركز (الذى هو عبارة عن اوقية منه على أوقية من كربونات البوتاسا وست اواق من الماء المقطر) ويعطى من ذلك كل ساعتين ملعقة فانه يحصل نجاح عظيم وقتى

(المبحث الرابع)

فى تناقص كمية الهواء فى الخلايا الرئوية المعروف بالاتلكازيا اى الهبوط الرئوى وبانضغاط الرئة

(كيفية الظهور والاسباب)

من الجائز ان يحصل فى بعض الاحوال تناقص فى متحصل الخلايا الرئوية أو فقد بالكلية بحيث تتلامس جدرها مع بعضها وهذه الحالة الاخيرة التى هى طبيعية مدة الحياة داخل الرحم يمكن مكثها بعد الولادة فى بعض اجزاء الرئة وحينئذ يسمى ذلك بالهبوط الرئوى الخلقى وقد يمتص الهواء المنحصر فى حالة اخرى من بعض الخلايا الرئوية بحيث تهبط هذه الخلايا على نفسها ويشترط فى امتصاص الهواء ان يكون على حالة توتر عظيم فى الخلايا الرئوية بحيث لا يمكن خروجه منها عند الزفير وذلك اما لكون الشعب منسدة بتجمع افراز نزلى فيها وهذا ما يسمى بالهبوط العارضى اولكون الشعب الرقيقة تحول نحو لاميخانيكيا بضغط عظيم واقع عليها من الاجزاء المجاورة وهذا ما يسمى بانضغاط الرئة

اما الهبوط الرئوى الخلقى فأكثر ما يشاهد فى الاطفال الضعاف البنية سيما

المولودين

المولودين قبل استيفاء مدة الحمل والذين يرى عليهم حالة موت ظاهرى بعد الوضع الشاق فيكان الخلايا الرئوية التى لم تمتلئ بالهواء عقب الوضع حالا يعسر تمددها فيما بعد وامتلاؤها بالهواء ولذا ترى الاطفال الذين لم يحرضوا على الصريخ وفعل التنفس العميق فى أول ساعة من الولادة كثيرا ما يصابون بالهبوط الرئوى وفى أحوال أخرى يظهر أن الالتهاب النزلى الذى يعترى الاطفال وقت الولادة أو بعدها بقليل هو الذى ينشأ عنه الهبوط الرئوى لتضييقه بعض الشعب التى هى فيها أو سدها فيمتنع دخول الهواء فى الحويصلات الرئوية المنتهية

وأما الهبوط الرئوى العارضى فهو ملازم دائما للالتهاب الشعبى النزلى الحاد أو المزمن ويشاهد بكثرة فى الاطفال اذ يسهل فيهم انسداد الشعب لضيقها وربما شوهد الهبوط الرئوى المذكور عند الكهول ويكون مصاحبا للالتهاب الشعبى النزلى الحاد الذى يكون عرضا للتيفوس وأما انضغاط الرئة فيحصل اما من ضغط السوائل أو الهواء المتجمع فى تجويف البلورا ويندر حصوله من أورام أو انسكابات فى التامورا ومن الانوريزما أو تقوسات العمود الفقرى أو انخساف تجويف الصدر أو من تجمعات سوائل عظيمة جدا فى تجويف البريتون بها يندفع الحجاب الحاجز الى أعلى اندفاعا عظيما

(الصفات التشريحية)

يوجد غالبا فى الهبوط الرئوى الخلقى الجوهر الرئوى المريض هابطا على نفسه فى اصفار محدودة ويندر أن يمتد ذلك الى نصف أحد الفصوص الرئوية أو احدها بتمامه ويكون لون هذه الاصفار المنخفضة أزرق داكنا ومتكاثفة وعند شقها لا يسمع لها أزيز وسطح الشق يكون أملس محتقنا بكثير من الدم وابتداء تكون هذه الاصفار الهابطة يمكن نفخها بسهولة لكن فيما بعد تصير أكثر اندماجا خالية من الدم فلا يمكن نفخها بالكلية وحينئذ يظهر ان جدر الخلايا الهوائية ملتصقة بعضها التصاقا تاما

وأما تغيرات الجوهر الرئوى التشريحية فى الاتلكتازيا العارضية فهى تقريبا نفس التغيرات التى تقدم الكلام عليها وقد كان المعلم (روكتنسكى)

يسمى هذه الحالة بالالتهاب الرئوى النزلى والاصفار المزرقة الهابطة على نقصها الخالية عن الهواء تخالف بالكلية فى هذه الحالة منظر الجوهر الرئوى الانفيزيماوى المحيط بها وعند شق الاجزاء الرئوية الواقعة فى الاتلكتازيا توجد سدادة سميكة من مواد مخاطية صديدية سادة للشعب الموصلة الى هذه الاجزاء وعند استمرار هذه الحالة زمنا طويلا يظهر فى هذه الاصفار المزرقة السميكة الهابطة تغيرات أخرى تختص بالهبوط الرئوى الذى هو الانتهاء الكثير الحصول من الالتهاب الرئوى النزلى وستتكلم على ذلك مفصلا فى المبحث العاشر

وبالجملة قد يشاهد فى أحوال الانضغاط الخفيف الرئوى ازدياد فى تكاثف جوهر الرئة وتماسكه فيكون أكثر اندماجا بدون أن يخلو بالكلية من الهواء واذا كان الضغط أشد من ذلك فان الهواء يتصعد بالكلية من الشعب والخلايا الرئوية ومع ذلك فالضغط لا يكفى فى انطباق الاوعية الدموية وطرد الدم منها فالرئة التى تكون أكثر كثافة توجد محمرة محتقنة بالدم رطبة تشبه قطعة لحم عضلى ولذا يقال فى مثل هذه الاحوال ان الرئة تلحمت وعند ارتقاء الضغط لاعلى درجة تنطبق كذلك الاوعية الدموية فتكون الرئة خالية عن الدم جافة سنجابية اللون أو رصاصية وكثيرا ما تكون الرئة مستحيلة الى طبقة رقيقة جلدية أى شبيهة بقطعة جلد مرنة

(الاعراض والسير)

اعراض الاتلكتازيا الخلقية هى تقريبا عين اعراض التنفس غير التام الذى تكرر شرحه أو تنقية الدم غير التام من الكربون فان الاطفال تتنفس فيها تنفسا سطحيا سريعا ويكثر نومها جدا ولا تصيح مثل باقى الاطفال بل تئن بضعف ولا تقدر على الرضاع بقوة وتصير باهتة اللون وتصير جلودهم باردة وأنوفهم مدببة وشفاههم مزرقة أو رصاصية ثم تهلك فى الايام الاول من الحياة ويندر أن تعيش ثلاثة أسابيع او أربعة ولا يكون الموت فى اثناء التشنجات بل الغالب حصوله اثناء اعراض الضعف المتزايد والشلل العمومى ولا يمكن بالقرع الوصول الى معرفة تكاثف الجوهر الرئوى فى الحالات الملامس هو فيها جدر الصدر الا فى أحوال نادرة لان الاصفار الواقعة فى الاتلكتازيا يندر

أن تكون ذات امتداد عظيم

واذا صحب الهبوط الرئوى الالتهاب الشعبى الشعرى عند الاطفال الحديثى السن فلا يمكن معرفته مع التأكيد فى جميع الاحوال فانا ذكرنا عند الكلام على الالتهاب الشعبى الشعرى ان الاطفال يمكن ان تظهر فيهم جميع اعراض التنفس غير التام والتسمم بحمض الكربون بدون حصول هبوط فى الخلايا الرئوية بل بسبب انسداد عدد عظيم من الفروع الشعبية الصغيرة فحينئذ متى اتضحت هذه الاعراض فى أثناء سير الالتهاب الشعبى الشعرى لا يسوغ الحكم بوجود اتلكتازيا عارضية الا بظهور صوت أصم عند القرع فى امتداد عظيم من الصدر وفى العادة تكون الاجزاء الرئوية الهابطة ليست ممتدة امتدادا عظيما بحيث تحدث أصمية واضحة فى صوت القرع وأكثر من ذلك حصولا ظهور أصمية منتظمة على جانبى العمود الفقرى بواسطة الهبوط الرئوى الممتد لكلا الفصين السفليين من الرئة الذى يحصل فى أثناء سير الحصبة

وأما اعراض انضغاط الجوهر الرئوى فلا يمكن تمييزه عن التغيرات المرضية الناشئ عنها الانصعوبة ففى الاحوال التى تكون فيها أوعية الرئة منضغطة ينضم لاعراض التنفس غير التام اضطرابات فى الدورة شبيهة بالتى ذكرناها عند الكلام على الانفيزيما وهى التجمع العظيم من الدم فى القسم الايمن من القلب وتمدد هذا العضو وضخامته وامتلاء أوردة الدورة العظمى والسيانوز واحتقانات احتباسية فى الدماغ والكبد والكليتين وكذا فى مثل هذه الاحوال لا يقبل القلب الايسر شيأ من الدم الآتى من الاوعية غير المنضغطة فيصغر النبض ويبهت اللون ويتناقص الافراز البولى وعند امتداد انضغاط الرئة ينتهى حال المرضى بالموت عقب الاستسقاء ومن المعلوم ان تأثير انضغاط جزء عظيم من الرئة على توزيع الدم فى الاجزاء غير المنضغطة مهم جدا فان القلب الايمن اذا لم يمكنه صب محصله الا فى رئة واحدة يزداد ضغط العمود الدموى فى الرئة السليمة جدا فينشأ من ذلك الخطر العظيم للمريض عقب حصول الالتهاب النزلى والاوذيما الشديدين فى هذه الرئة فيستدعى هذا الخطر الفصد ونحوه وعندما تكون الاجزاء السفلى من الرئة

متضغطة فالاحتقان العظيم الذى ينشأ عن ذلك فى الاجزاء العليا بطريق التوارد التنفسى الجانبى يمكن أن يهدد حياة المريض بالهلاك فيستدعى عملية الفصد ونفس هذه الظاهرة تشاهد فى الاحدب اذا تضايق جزء من تجويف صدره بحيث ينشأ عن ذلك انضغاط الرئة فان الاجزاء غير المنضغطة تصاب بالاحتقان والالتهاب النزلى والاوذيما

ومن المشاهدات الغريبة ان الاحدب لا يشاهد عنده اعراض ضيق التنفس والسيانوز الا فى سن البلوغ بخلاف سن الطفولية فان تنفسه يكون سهلا ولا تظهر عنده اضطرابات فى الدورة وهذه الظاهرة سهلة التوجيه متى علمنا ان العظام المشوهة عقب الراشيتسم يطؤ نموها عادة ولو بعد زوال المرض الاصلى بالكلية فاذا كان التجويف الصدرى والفقرات الظهرية هى التى كانت مجلسا رئيسا للراشيتسم وشوهت هذه الاجزاء فلا ينشأ من ذلك ابتداء تضايق فى الصدر لكن فيما بعد متى أخذ باقى الجسم فى النمو وبقى الصدر متأخرا فى نموه فلابد وأن يحصل من جهة عدم تناسب بين اتساع تجويف الصدر الذى كان كافيا الان يسع رئة الطفل وصار الآن كافيا فى ان يسع رئة الفتى ومن جهة أخرى عدم تناسب بين اقطار باقى أجزاء الجسم وكمية الدم الموافقة لها فحينئذ يكتسب الاحدب الهيئة واللون المشاهدين عند المصابين بالانفيزيما فيصير التنفس عنده قصيرا و يهلك عادة قبل التقدم فى السن عقب اضطرابات دورية و يندر مشاهدة درن رئوى فى مثله

(المعالجة)

ينبغى الاجتهاد الكلى فى تحريض الاطفال الحديثى الولادة على البكاء والصريخ والصياح بشدة وتبعيد المواد المخاطية عن أفواههم بلطف وعند تراكمها فى الشعب يعطى لهم مقيئ من عرق الذهب أو معسل بصل العنصل فاذا بقى التنفس مع ذلك غير تام ينبغى وضعهم زمنا فزمنا فى حمام فاتر ويرش على صدورهم الماء البارد ولا ينبغى اهمالهم للنوم طويلا بل يلزم ايقاظهم بالحيلة أو الجبر بنحو الدغدغة فى أقدامهم الى أن يستيقظوا ويصحوا واذا لم يرتضعوا يعطى لهم بالملعقة بقدر ما يغذيهم والاجود أن يكون من لبن الام و يعطى لهم أيضا زمنا فزمنا بعض من النبيذ وعند وجود الميل للبرودة

لا يتركون ينامون على فراشهم بل على أيدى الامهات او المراضع ففى مثل هذه الاحوال اجراء هذه الاسعافات الجيدة مع المداومة يحصل منها نجاح تام

وأما معالجة الهبوط الرئوى العارضى فهى عين ما ذكرناه فى الالتهاب الشعبى الشعرى حيثما ينشأ عن انسدادا الفروع الشعبية الرفيعة فانه بازالة هذا العائق يدخل الهواء فى الخلايا الرئوية الهابطة على نفسها

وأما معالجة الانضغاط الرئوى فتستدعى معالجة المرض نفسه الناشئ عنه ومعالجة عرضية تليق باضطرابات الدورة التى يمكن أن تهدد الحياة بالخطر

(المبحث الخامس)

(فى الاحتقان الرئوى التواردى والانجدارى وأوذيما الرئتين)

(كيفية الظهور والاسباب)

ينبغى تقسيم الاحتقان الرئوى الى متعد وقاصر اى قوى وضعيف فالاول سماه المعلم (وريحوف) بالاحتقان التواردى والثانى بالاحتقان الاحتباسى أو الركودى فان لفظة متعد وقاصر لاتطابق بالكلية الافعال الفسيولوجية الناشئ عنها هذان الشكلان من الاحتقان فان التواردى ينشأ عن توارد عظيم سريع من الدم الى الاوعية الشعرية والاحتباسى ينشأ عن وجود عائق مانع لمرور الدم من تلك الاوعية أو مبطئ له فالذى يعتبر هنا هو متحصل هذه الاوعية فان به تتعلق وظائف الاعضاء وتغذيتها

ثم ان الاحتقان التواردى فى الرئة يشاهد أولا عند وجود ازدياد فى فعل القلب أى انقباضاته ولذا نرى شبانا فى سن البلوغ خصوصا طوال القامة ضيق الصدر يشكون بخفقان القلب عقب تأثير أسباب واهية جدا مثل بعض المجهودات الجسمية الخفيفة أو عقب تعاطى مشروبات منبهة ولو قليلة ونحو ذلك ففى مثل هؤلاء يشاهد ازدياد عظيم فى ضربات القلب وينضم لذلك ظواهر احتقان رئوى وبدون حالة التنبه فى القلب والاستعداد المخصوص عند بعض الاشخاص ينشأ عن المجهودات الجسمية الشاقة والافراط من المشروبات الروحية والانفعالات النفسية كشدة الغضب وغير ذلك

احتقانات رئوية شديدة خطرة مع انقباضات قوية سريعة فى القلب ومما كثرت مشاهدته أن المجانين الهائجين أو المرضى المصابين بارتعاش السكارى كثيرا ما يلقون على أسرتهم بالجبر ويتركون لحرس متوحشين لا يفرقون بين الضر والنفع فيوجدون فى اليوم التالى هالكين على أسرتهم وأفواههم مغطاة بزبد دموى وعند فعل الصفات التشريحية يظهر أن السبب الوحيد فى الموت هو الاحتقان الرئوى الشديد أو ذيما الرئة الحادة ويعسر توجيه هذا العارض فان مجرد ازدياد فعل القلب لا يحدث احتقانا فى أغلب أعضاء الدورة العظمى لانه كلما كانت الشرايين ممتلئة وكانت جدرها أكثر توترا كانت الاوردة أقل امتلاء وجدرها اقل توترا وعلى هذا متى كان توارد الدم نحو الاوعية الشعرية متزايدا كان سيلانه منها سهلا وحينئذ تكون الدورة سريعة بدون أن تزداد كمية الدم المحتوية عليها الاعضاء اذ لا اختلاف النسبة فى الرئتين وحصول الاحتقان الشديد فيهما بمجرد ازدياد فعل القلب مبنى ولا بد على كون الاوعية الشعرية الرئوية ليست كغيرها من أوعية غير هذا العضو مارة فى منسوج كثير المقاومة أو قليلها بل مارة على حالة تعرّ تقريبا فى مسافات محتوية على هواء يتخلخل عند كل شهيق بحيث لا يمكنها مقاومة الضغط الدموى الباطنى المصاحب لسرعة الدورة ولو كان قليلا بل انها تمدد عقب ذلك تمددا عظيما

ثانيا يشاهد الاحتقان الرئوى التواردى فى الرئة عقب تأثير المهيجات اللاواسطية وتوجيه ذلك سهل كاستنشاق هواء حار جدا أو ممتزج بجواهر حريفة وفى مثل هذه الاحوال يظهر ان المنسوجات المحتوية على أوعية شعرية فى باطنها تصير أكثر رخاوة فتكون مقاومة تمدد هذه الاوعية أقل قوة ونفس الاسباب المذكورة تحدث احتقانا تواردیا نحو الجلد متى تعرض لتأثيرها فان الجلد يصير أحمر متى تعرض زمنا قليلا لتأثير البرد أو وضع عليه ضماد ساخن أو خردلى والاحتقانات التواردية المزمنة التى تعقب تكون التولدات الجديدة ولينها فى الرئة كالدرن تحصل بعين هذه الكيفية فتنسب أيضا الحالة استرخاء غير طبيعى فى الجوهر الرئوى

ثالثا يوجد شكل من الاحتقان التواردى نحو اصقاع محدودة من الرئة غير

ملتفت اليه بكثرة وقد اشرنا اليه عند الكلام على الانفيزيما والانضغاط الرئويين وهو ان هذا الاحتقان يحصل فى باقى اجزاء الرئة التى يعترى دورة الاوعية الشعرية من الاجزاء المجاورة لها عوق بان تنضغط او تتلاشى وهذا الاحتقان التواردى التقممى الجانبى يظهر عنه اعراض فى أغلب الآفات الرئوية لان ذلك من النواميس الطبيعية فانه لو ربط جزء وعائى ذو قطر مناسب لوجد ازدياد فى ضغط العمود الدموى فى الاوعية غير المربوطة بحيث يمكن قياس هذا الضغط فى هذه الاوعية وبهذا الاحتقان يمكن بسهولة توجيه أغلب أمراض الرئة وبذا يوجه أيضا تأثير الفصد فى الالتهاب الرئوى وفى الانسكاب البلوراوى ونحو ذلك

رابعا يحصل الاحتقان الرئوى التواردى كما ذكرنا من تخلخل الهواء فى الخلايا الرئوية وذلك بنفس الكيفية التى يحدث بها المحجم الاعتيادى أو محجم الساق المعلم (جونو) فانه ينشأ عنهما أيضا احتقان توارى نحو الجلد بل ان هذا الاحتقان هنا يكون أشد لان الاوعية الشعرية الرئوية لا تكون مستندة على جوهر كثير المقاومة وقد ذكرنا ان زوال الضغط أو تناقصه الذى يعترى الاوعية الشعرية من الخلايا الرئوية حينما يمدد الطفل صدره بقوة عند تضايق المزمار هو السبب العظيم فى حصول الالتهاب النزلى والاوذيما الرئويين التابعين للالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب وفى عدم نجاح عملية القطع الحنجرى فى هذا المرض الاخير

وأما الاحتقان الاحتباسى المعروف بالاحتقان القاصر الذى منه الاحتقان الميخانيكى فيحصل فى جميع الاحوال التى فيها تكون الاوردة الرئوية ممتلئة امتلاء غير طبيعى وجدرها متوترة توترا عظيما فان الدم حينئذ لا يمكن سيلانه من الاوعية الشعرية الا بعسر مع أن الشرايين لم تزل تدفعه نحوها وتصبه فيها ولو كان امتلاؤها قليلا لان توتر جدرها على الدوام أعظم من توتر جدر الاوعية الشعرية بكثير (ألا ترى ان الدم لم يزل ينصب من الشرايين الى الاوعية الشعرية ولو بعد وقوف ضربات القلب) فالذى ينتج من ذلك أن الاحتقان الاحتباسى ينشأ عنه تمدد عظيم جدا فى الاوعية الشعرية أكثر مما يحصل فيها من الاحتقان التواردى فانه عند وجود عائق عظيم

فى الدورة الوريدية يتجه الدم نحو الاوعية الشعرية التى صارت كأنها معلقات (أى استطراقات) اعورية للشرايين الى أن يصل وتر جدر الاوعية الشعرية المذكورة الى درجة تعادل درجة وترجدر الشرايين المستطرقة بها أو الى أن يعترى جدر هذه الاوعية الشعرية الرفيعة تمزق لعدم تحملها الضغط عظيم

والاحتقان الاحتباسى فى الاوعية الشعرية الرئوية يحصل من جملة أسباب أولها تضايق الصمام الاذينى البطينى اليسارى اوعدم تمام غلق هذا الصمام فان كلا هذين المرضين يصطحب باحتقان رئوى عظيم جدا وتمزقات الاوعية الشعرية المتمددة تنتج التلوّن المسمر فى الرئة المتيبسة الضخمة وسبب ذلك هو مرض الصمام القلنسوى (راجع المبحث الاول) فان كان لا يمكن استفراغ الاذين من الدم استفراغا تاما أو حصل تقهقر الدم فيه مدة انقباضات البطين فلابد وأن هذين الامرين يمنعان بالضرورة استفراغ الاوردة الرئوية فينشأ عنهما احتقان عظيم فى الاوعية الشعرية الرئوية ثانيها ضعف فعل القلب فانه ينتج عن ذلك ولابد عدم استفراغ تجاويف القلب استفراغا تاما وبذلك يصير سيلان الدم من الاوردة فى تجاويف هذا العضو غير تام أيضا فان كمية الدم الواردة بالشرايين فى هذه الحالة لا تتناقص بالنسبة للصعوبة التى يكابدها الدم عند مروره من الاوعية الشعرية الى الاوردة وبهذه المثابة نرى أن الحميات الضعفية كالتيفوس والحمى النفاسية والتسمم الصديدى ونحو ذلك من الامراض التى تكون فيها انقباضات القلب سريعة غير تامة تصطحب على الدوام باحتقان احتباسى من الاوعية الشعرية الرئوية ويزيد على ضعف حركات القلب سبب آخر يعوق الجريان المنتظم للدم فى الاوعية الشعرية من الاجزاء المنحدرة فى الرئتين وهو ثقل الدم وهذا العائق ينقهر بسهولة بالانقباضات القوية فى القلب لكن عند ضعف حركات هذا العضو تشاهد حصول ظواهر انحدارية فتنضم اعراض الاحتقانات الاحتباسية فى الاجزاء المنحدرة من الرئتين فيتفق ان شخصا سليما يمكث مستلقيا على ظهره عدة أشهر بدون أن يحصل له احتقان انحدارى فى اوعية الظهر الشعرية او غنغرينية وضعية أو ظواهر الاحتقان

الانحدارى فى الرئة بجميع ادواره بخلاف المصاب بنحو التيفوس ذى المدة الطويلة فانه يكاد على الدوام يحصل له غنغرينة وضعية واحتقانات انحدارية فى الرئة

وقد ذكرنا ان انتفاخ الاغشية المخاطية ورخاوتها او الافراز المتزايد المتنوع فى الغدد الكائنة بها عرض ملازم لاحتقان هذه الاغشية وعلى هذا فجميع تلك الظواهر تشاهد فى جميع الاحوال التى يوجد فيها احتقان شديد فى الخلايا الرئوية فان جدرها تنتفخ كذلك وتصير رخوة وترشح لكن الرشح الذى يحصل مع ذلك فى الخلايا الرئوية يتميز عن ارتشاح الغشاء المخاطى الشعبى بكونه سائلا مصليا ومتى علمنا قلة الاجربة المخاطية جدا فى الفروع الشعبية أو فقدها بالكلية فى الخلايا الرئوية التى فيها يتغطى الغشاء البسيط من الخلايا المذكورة بطبقة بشرية رقيقة اتضح لنا ذلك لما أن افراز الخلايا الرئوية التى لم تكن مبطنة بغشاء مخاطى حقيقى يتميز ولا بد عن افراز الغشاء المخاطى الشعبى

واعلم ان الاوذيما فى باقى الاعضاء وان عبر عنها بارتشاح مصلى فى هالات المنسوجات فقط فالاوذيما الرئوية يعبر بها عن الاحوال التى يكون فيها الارتشاح المصلى الكائن فى هالات جدر الخلايا الرئوية مصحوبا كذلك بارتشاح على السطح السائب فى تلك الخلايا

ثم ان الاوذيما الرئوية ليست على الدوام نتيجة احتقان شديد أى نتيجة ازدياد الضغط الواقع على جدر الاوعية الشعرية من الدم بل يحصل فى الرئة كما يحصل فى غيرها من الاعضاء عقب ارتشاح مصل الدم من جدر الاوعية الشعرية فى هالات منسوج الرئة وخلاياها ولو كان ضغط العمود الدموى ضعيفا وذلك عند احتواء هذا المصل على قليل جدا من المواد الزلالية (أعنى متى حصل سوء اخلاط مائى) وسيأتى الكلام على ذلك مستوفى عند التكلم على داء برايت

ومتى حصلت أوذيما فى الرئة عقب الاحتقان الانحدارى سميت بالاوذيما الانحدارية وحيث كان من المعلوم لنا ان الامتلاء الوعائى العظيم فى الاحتقان الانحدارى له سبب مزدوج كما ذكرنا فمن الواضح ان الاوعية

الشعرية في هذا الشكل من الاحتقان تكون ممتلئة امتلاء عظيما وان جدرها تكون متوترة توترا شديدا وعلى ذلك فمن الجائز في هذا الشكل من الاحتقان انه لا يحصل ازدياد في نضح سائل زلالي خفيف بل ان جميع أجزاء مصل الدم ومن جملتها المادة الليفية ترتشح من خلال الجدر الوعائية التي صارت متسعة المسام وهذه الحالة يعبر عنها بالالتهاب الرئوي الانحداري وهي تحصل عن مجرد احتقان احتباسي وليس لها حينئذ أدنى اشتراك بالتغير الالتهابي الحقيقي

(الصفات التشريحية)

متى كان الاحتقان ذا درجة متوسطة تشاهد الرئة منتفخة ذات لون أحمر داكن وأوعيتها محتقنة احتقانا عظيما ومنسوجها مرتشحا وأكثر رخاوة وقليل الفرقعة وعند شق الرئة يسيل منها كمية عظيمة من الدم والشعب تحتوي على سائل دموي زبدي وعند استمرار هذا الاحتقان زمنا طويلا وارتقائه الى درجة عظيمة يشاهد جوهر الرئة داكنا ذا لون أسمر محمر وكل من المنسوج الخلوي والحواجز بين الخلايا الرئوية يكون منتفخا انتفاخا عظيما جدا بحيث ان الرئة التي صارت متكاثفة جدا يكاد لا يعرف أثر تركيبها الخلائي والرئة التي تصير حينئذ ذات تماسك ومتكاثفة تشابه جوهر الطحال ويعبر عن ذلك بتطحل الرئة ومتى حصلت أوذيما في الرئة صار هذا العضو منتفخا ولا يهبط على نفسه عند فتح الصدر ويحس بامتلائها بالمواد المصلية ومتى كانت الاوذيما حديثة يترك ضغط الاصبع انبعاجا غير واضح جدا لكن اذا استطالت مدتها يفقد جوهر الرئة مرونته ويبقى بعد ضغط الاصبع انبعاج واضح يستمر زمنا طويلا وعندما تكون الاوذيما نتيجة احتقان شديد تشاهد الرئة الاوذيماوية ذات لون محمر وعندما تكون عرضا الاستسقاء عمومي تشاهد ذات لون باهت بالكلية وعند شق الاجزاء الاوذيماوية يسيل من سطح الشق سائل صاف تارة وتارة قليل الحمرة مختلطا بدم متفاوت الكمية وكثيرا ما يكون غزيرا جدا ويكون رغويا متى كانت الخلايا الرئوية غير ممتلئة امتلاء تاما بالمصل ومحتوية على بعض هواء وفي أحوال أخرى يكاد أن لا تشاهد فقاعات هوائية مختلطة بالسائل الآتي من الشعب الغليظة وحينئذ يكون

السائل

السائل المصلى قد طرد الهواء من الخلايا الرئوية بالكلية
وفى الاحتقان الانحدارى تشاهد الظواهر المذكورة وهى الاحتقان
العظيم الواصل لدرجة التطحل أو أوذيما مختلطة بكثير أو قليل من الهواء
وذلك يشاهد بالاكثر فى الاجزاء الخلفية للرئتين على جانبى العمود الفقرى
فى درجة متساوية وفيما اذا كان المريض دائما مستلقيا على احدى جهتى
الجسم يكون الاحتقان الانحدارى قاصرا على هذه الجهة ويكتسب فيها
امتدادا عظيما بخلاف الرئة الاخرى فانها تكون سليمة ومتى لم يمكن عصر
متحصل الخلايا الرئوية فى المحلات المتيبسة من الجوهر الرئوى وكان
سطح شق هذه الاجزاء ذا هيئة حبيبية غير واضحة وكان السائل الخارج
متعكرا بقليل من المواد الليفية المنعقدة سمى ذلك بالالتهاب الرئوى
الانحدارى

(الاعراض والسير)

الدرجات الخفيفة من الاحتقان التواردى للرئة لا ينشأ عنها اعراض
مخصوصة فان الاوعية الشعرية المتمددة تعرض للهواء سطحا أكثر اتساعا
وتسرع الدورة وبذلك يحصل تجدد الدم فى الرئة بقوة فان هذين الامرين
يساعدان على سهولة التبادل الغازى وأما اذا كان الاحتقان التواردى
عظيما جدا فيكفى تمدد الشبكة الوعائية الكثيفة الكائنة فى جدر الخلايا
الرئوية بانفراده فى تنقيص متسع هذه الخلايا لكن هذه النتيجة تحصل
بالاكثر من انتفاخ جدر هذه الخلايا ومن ازدياد الانسكاب فيها وحينئذ
يحصل عائق فى التنفس فان الرئة لا يمكنها قبول كمية كافية من الهواء ولذلك
الاشخاص ذوات الصدر الضيق الذين تقدم الكلام عليهم فى أول هذا المبحث
يشكون بعسر التنفس عندما يحصل لهم نوب خفقان ويوضحون عن
حالتهم وعما يحسون به فى الصدر بالدقة من الاحساس بامتلاء الصدر أو ضيقه
وينضم لذلك سعال قصير جاف وبندر ان يشاهد حصول نفث رغوى مختلط
بأشرطة دموية وتفقد آلام الصدر وبالبحث بالعلامات الطبيعية لا يظهر
أدنى تغير ولنذكر هنا ان هذه الاحتقانات التواردية الاعتيادية نحو الصدر
قد تكون أحيانا من الظواهر السابقة للسل الرئوى ولو لم يحصل ذلك

بكثرة كما يظن

وأما الاحتقانات الشديدة التي سبق ذكرها في كيفية حصول هذا المرض والتي تعتبر نتيجة ازدياد فعل القلب ازديادا شديدا فقد تتضح أحيانا بسرعة عظيمة جدا وتهدد حياة المريض بغتة ولذا يعبر عن هذه الاحتقانات بالسكتة الرئوية وقصر النفس هنا يرتقي الى درجة خطرة جدا في أقرب وقت فيتوالى التنفس بسرعة عظيمة بحيث لا يمكن عد حركاته وكل من الاحساس بامتلاء الصدر وضيقه يزداد ازديادا قويا يصل به الى درجة الاختناق والضجر العظيم وفي كل نوبة من نوب السعال ولو كانت ضعيفة يمتلئ الفم بكمية عظيمة من مواد زبدية دموية وتتضح ضربات القلب ونبض كل من الشريان الكعبري والسباتي يدل على كثرة الدم في المجموع الشرياني ويحتقن الوجه وعما قليل تطرأ أعراض الأوذيما الرئوية التي تنضم لهذا الشكل من الاحتقان الشديد فان الخلايا الرئوية لامتلائها بالمادة المصلية لا تقبل الهواء وحينئذ فالتسمم الحاد للدم بحمض الكربون ينوع شكل المرض فالمرضى الذين يكونون ابتداء في حالة قلق عظيم يحصل لهم سكون ووقوع في حالة خدر وبهاتة وجه ولا يمكن الطبقة العضلية من الشعب قذف المواد المصابة المحتبسة فيها لكونها تقع في حالة شلل كباقي العضلات ووجود خراخر غليظة تسمع في القصبة الهوائية يعلن بقرب الانتهاء المحزن وتهديد الاختناق

وأما أعراض الاحتقان الرئوي التواردي الحاد الناشئ عن استنشاق غازات حريفة فانها تتنوع بسبب التهيج اللازم للغشاء المخاطي الحنجري الشعبي وتصطحب بنوب سعال شديدة وأما أعراض الاحتقانات الرئوية الناشئة عن درن الرئة أو سرطانها ونحو ذلك والتي تؤدي في الغالب لحصول أنزفة رئوية شعبية فسنتكلم عليها في المبحث الآتي

وأما الاحتقانات التممية الجانبية للرئة فانها ينسب معظم الاعراض التي سنشرحها في مبحث الالتهاب الرئوي والبلوراوي والامتلاء الغازي للصدر فان معظم ضيق النفس ينشأ عن امتلاء الاوعية وانتفاخ الخلايا الرئوية في الاجزاء التي لم تكن مصابة بأحد الامراض السابقة ولولا هذه

المضاعفة التي هي نتيجة ملازمة لاضطراب الدورة لكانت الخلايا الرئوية التي بقيت سليمة تكفي في معظم الاحوال للتنفس وقبول كمية كافية من الهواء والصفات التشريحية في المصابين بالسل الذين تتلاشى عندهم كتلة الدم من الجسم بتقدم المرض يستبان منها بكيفية غريبة أن مابقي من الخلايا الرئوية المصونة يكون ولو قليلا كافيا للتنفس مالم يكن محتقنا وعند تناقص ضغط الدم في القلب عقب فعل فصد يزول ضيق النفس غالبا زوالا تاما مع ان المرض الاصلي لم يزل باقيا وذلك لان الاحتقان التقممي الجانبي يتناقص بذلك ويتلطف ومتى هلكت المرضى في الدور الاول للالتهاب الرئوي أو البليوراوي أو عقب دخول الهواء في احدى التجاويف البليوراوية وضغطه على احدى الرئتين بزمن قليل فان هلاكهم يكون ناجا عن الاحتقان التقممي الجانبي أو الاوذيما التقممية الجانبية ولو اطلعنا على مشاهدات الصفات التشريحية لوجدنا أثر هذا الشكل من الاحتقان مع انه من النادر اعتباره في توجيه الاعراض المرضية اعتبارا كافيا

وأما الاحتقان الاحتباسي فينشأ عنه ضيق عظيم جدا في النفس أعظم منه في الاحتقان التواردي ولو لم ينضم الى ذلك أوذيما فان المرضى المصابين بعدم كفاية غلق الصمام القلنسوي أو تضايقه يعتريهم ضيق عظيم في التنفس يزداد بأدنى حركة ولو لم يكونوا مصابين بالتهاب نزلي شعبي وبدون امتداد الاحتقان الاحتباسي في الاوعية الشعرية الخلائية الى تقمماتها واحداث انتفاخ في الغشاء المخاطي الشعبي وضيق في الشعب وهذه الظاهرة سهلة التوجيه متى علمنا ان دورة الدم في الاحتقان الاحتباسي تكون بطيئة بقدر ما تكون سريعة في الاحتقان التواردي وفي الحالة الاخيرة لا يوجد الاسبب واحد ينشأ عنه عسر التنفس وأما في الحالة الاولى فيوجد سببان للاشخاص المصابين بامراض في القلب وقد يطرأ على ضيق النفس المستمر عند المصابين بامراض في هذا العضو ضيق عظيم جدا في النفس بكيفية فجائية وتظهر جميع الاعراض التي شرحناها في السكتة الرئوية وذلك ان الارتشاح في الخلايا الرئوية ينضم لانتفاخ جدرها فالتنفس الذي كان معوقا فقط يصير دفعة واحدة غير كاف فالاشخاص المصابون بامراض

فى القلب كثيرا ما يهلكون بالاحتقان الرئوى الاحتباسى الحاد أو بالاوذيما الرئوية الحادة ولا توجد غالبا فى الجثة الاسباب التى ينتج عنها ازدياد فجائى فى اضطراب الدورة وعوقها وفى أحوال أخرى قد يشاهد عند مثل هؤلاء المرضى ظهور اعراض الارتشاح المصلى فى الخلايا الرئوية وعدم كفاية التنفس ظهورا تدريجيا حتى يهلكوا

ومتى شوهد فى مدة سير الحميات الضعفية تنفس سطحى غير تام (سواء كانت عرضا للتيفوس أو للتسمم الصديدى أو نحو ذلك) ودل القرع على حصول تكاثف فى جوهر الرئة على جانبى العمود الفقرى وكان النفس مصليا مختلطا بقليل أو كثير من الدم كان ذلك دليلا على وجود احتقان احتباسى انحدارى فى الرئة أو احدى انتهاآته

ثم ان تمييز اعراض الاوذيما الرئوية عن اعراض احتقانات الرئة من الامور غير المؤسسة على حقيقة الواقع ونفس الامر فان الاوذيما أحد الاعراض الرئيسة التى تنضم الى الاحتقانات الرئوية متى ارتقت لدرجة عظيمة والذى يدلنا أولا على حصول هذه المضاعفة الضرورية هو درجة ضيق النفس الذى لا يرتقى الى درجة عظيمة جدا بمجرد انتفاخ الحواجز الخلائية كارتقائه من الاوذيما وعلى كل فتى أدى الاحتقان الرئوى للهلاك لابد وأن يوجد نضح مصلى فى الخلايا الرئوية وثانيا ظهور النفث الواصف فانه لا يشاهد مطلقا خروج افراز من طبيعة سائلة من الغشاء المخاطى أو بالاقل ينذر جدا ولذا يعتبر ولابد خروج الافراز السائل الغزير الشفاف المختلط بقليل أو كثير من أخيطة دموية من العلامات الخطرة جدا متى حل ذلك محل الافراز اللزج القليل الخارج بالنفث من المصابين بالالتهاب الرئوى وكذا يمكن الاستدلال بالتسمع على ظهور الاوذيما الرئوية وبالممارسة يمكن بسهولة معرفة الخراخر الجائية أى التى تتكون فى سائل لزج وتمييزها عن الخراخر الرطبة اعنى المتكونة فى سائل أقل تماسكا مائعا فان من النادر جدا أن ينشأ عن افراز الغشاء المخاطى الشعبى خراخر رطبة كالتى تنشأ عن امتلاء الخلايا الرئوية والشعب بارتشاح مصلى واحيانا لا تسمع أغلاط تنفسية فى المحل الذى فيه أوذيما الخلايا الرئوية بحيث لا يمكن نفوذ الهواء فيه وبالجملة فصوت القرع

الذى لا يتغير عند وجود مجرد احتقان يمكن الاستدلال به على وجود الاوذيما متى طرأت عليه وضاعفته وفى الاحوال التى فيها تفقد جدران الخلايا مرونتها عقب ظهور الاوذيما فلا تكون متوترة على ما احتوت عليه من المادة المصلية يكون الصوت طبليا لكن متى طرد الهواء بالكلية من الخلايا الرئوية من الاوذيما ولم تكن الرئة محتوية عليه فان صوت القرع يكون أصم فارغا كما يكون ذلك فى جميع أمراض الرئة التى يصير فيها جوهرها متكاثفا واذا شوهدت هذه الظواهر فى المحلات التى يكثر فيها حصول التغيرات الانحدارية فلا بد أن توجد فيها هذه التغيرات أو ابتداآتها

وأما الاوذيما الرئوية المتعلقة باستسقاء عمومى فانها عبارة عن ظواهر أوذيما المنسوج الخلوى تحت الجلد وأما الارتشاحات فى التجاويف المصلية فيستدل بها على توجيه ضيق النفس وعسره المنضمين للاعراض السابقة وان شوهد مع ذلك تقشمصلى وألغاط خراخر رطبة وصوت طبلى أو أصم عند القرع ساغ اعتبار مجموع هذه الاعراض علامات دالة على الاوذيما الرئوية بدون شك

(التشخيص)

ثم انه يسهل تمييز كل من الاحتقان والاوذيما الرئويين عن غيرهما من أمراض الرئة متى تأملنا فى الاعراض التى تقدم شرحها وان عسر علينا فى الطب العملى تمييز الاحتقان القوى أى التواردى عن الاحتقان الضعفى أى الاحتباسى ولو سهل ذلك علما ومع هذا فاختلاطهما بعضهما يؤدى لاجراء علاجات مضرة ويكثر الالتباس فى التمييز بين الاحتقان النقمصى الجانبى التواردى الذى يحصل فى أثناء سير الالتهابات الرئوية والبليوراوية والاحتقان الاحتباسى الناشئ عن ضعف حركات القلب وتناقص قوتها كما يحصل فى الحميات الضعفية فكثيرا ما يشاهد انه عند حصول الانحطاط الانتهائى مع صغر النبض والهذيان وجفاف اللسان ظهور احتقانات رئوية ضعفية وأوذيما رئوية بحيث يميل الطبيب للظن فى الاحوال الحديثة من الالتهاب الرئوى الليفى متى صغر النبض وحصل الهذيان ونحو ذلك بحصول احتقانات ضعفية احتباسية ناتجة عن شلل ابتدائى فى القلب فيأمر بدلا

عن القصد باستعمال النبيذ والكافور والمسك وسنذكر عند الكلام على الالتهاب الرئوي الليفي كلا من الاحتقان الرئوي التواردي والضعف اللذين لهما أهمية عظيمة في اعراض هذا المرض ونوضحهما توضيحا شافيا عند ذكر معالجته

(الحكم على العاقبة)

الحكم على عاقبة كل من احتقان الرئة وأوذيماها يتعلق بالكلية بالاسباب المتممة لهذا المرض وبالجملة فالاحتقانات التواردية التي لم تنشأ عن تولدات غريبة في الرئة تكون أقل خطرا وأسهل معالجة عن الاحتقانات الاحتباسية التي لا يمكن في الغالب زوال الاسباب الناتجة هي عنها وانذار كل شكل من الاحتقان على حدته يعلم مما ذكرناه في شرح السير

(المعالجة)

المعالجة السببية حيث كان من المعلوم ان ازدياد فعل القلب أكثر الاسباب انتاجا للاحتقان التواردي الرئوي وفي الشبان يصطحب خفقان القلب الاعتيادي باحتقان الرئة وهاتان العلامتان تسبقان الاشكال المختلفة من السل الرئوي فيستدعي هذا الامر لتدبير صحي منتظم ومعالجة لائقة فحينئذ يؤمر المريض باجتناب المشروبات الروحية والقهوة والشاي وترك المطعومات أو المشروبات للتبريد قبل تعاطيها وينهى عن جميع المشاق الجسمية والحركات العنيفة المتعبة كالرقص وركوب الخيل بل يوصى بفعل الرياضة الخفيفة بحركات جسمية لطيفة منتظمة وينبغي اجتنابه الانفعالات النفسية ومع هذه الوسايط الصحية ينبغي أن ينضم لذلك جميع الاحتراسات التي تحفظ بها الرئة من جميع المهيجات فتباعد المرضى عن المحلات الساخنة جدا والتي فيها دخان وأتربة بكثرة وعن استنشاق الهواء البارد جدا ثم يؤمرون باستعمال المشروبات الحضية الخفيفة كالليمونات النباتية والطرطيرية وباستعمال مصل اللبن استعمالا منتظما طبيا والمعالجة بالعنب جيدة أيضا سيما في بعض البقاع مثل دركهين وميران الكائنتين بقرب بحيرة جنسوره وغيرهما من البقاع ذات الاقاليم المعتدل التي ينبت فيها العنب الحلو القليل أو العديم الاسهال بالكلية وكثير من المرضى المصابين

بالسل

بالسل الرئوى المتقدم جدا من يحرم من راحته فى مكانه ويرسل الى
نحو هذه البقاع لاستعمال المعالجة بمصل اللبن او العنب وحينئذ يسرع
انتهاؤهم المحزن

وأما فى الاحتقانات الرئوية التى كثيرا ما تكون ظواهر سابقة للسل
الرئوى فان هاتين الطريقتين العلاجيتين لهما نفع عظيم جدا غالبا

وأما فى الاحتقانات التقممية الجانبية الرئوية فالمعالجة السببية هى نفس
معالجة المرض الاصلى وفى احتقان الرئة الاحتباسى لا يمكن غالبا اتمام
ما تستدعيه المعالجة السببية وانما فى أحوال امراض القلب سيما تضايق
الصمامات الاذينية البطينية اليسرى تستعمل الديجتالا كمعالجة تسكينية
حتى يحصل بطء فى حركات القلب وحينئذ يجد الاذين الايسر زمنا كافيا
يستفرغ ما فيه فى البطين فبذلك تستفرغ الاوردة الرئوية مع السهولة
ويتلطف الاحتقان الاحتباسى وكلما ازداد ضعف فعل القلب فى أثناء سير
الحميات الضعفية ينبغى استعمال المنبهات والاغذية القوية وعندما يخشى
من حصول الاحتقان الانحدارى ينبغى تغيير وضع المريض زمنا فزمنا
لاجل تجنب حصوله

وأما معالجة المرض نفسه فتستدعى الفصد الغزير فى الاحوال التى يكون
فيها الاحتقان التواردى نحو الرئة ناشئا عن شدة حركات القلب وقوتها
بحيث يخشى منه على حياة المريض والنجاح فى مثل هذه الاحوال واضح
جدا فانه متى تناقصت كمية الدم يتناقص كذلك الضغط فى الشرايين اذ
ضغط العمود الدموى فى الشرايين يتعلق بأمرين أحدهما شدة انقباضات
القلب والثانى امتلاء تجاويفه وكثيرا ما تتنفس المرضى بسهولة تنفسا
عميقا فى أثناء الفصد ويزول الزبد المدمم الذى كان يخرج مع النفث وحينئذ
فيمكن أن تحفظ الحياة التى كان يخشى عليها قبل الفصد بقليل وقد سمينا هذا
الشكل من الاحتقان الرئوى بالسكتة الرئوية فانه كثيرا ما يحصل الموت
بسرعة قبل وصول الطبيب الى المريض

وكذلك الاحتقان التقممى الجانبى التواردى يستدعى الفصد العام اذا
خيف منه على حياة المريض فانه بهذا الفصد يتناقص دفع الدم من القلب كما

وفهمناه سابقا وكذلك ضغط العمود الدموى فى الشرايين يتناقص وحينئذ تستفرغ الاوعية الشعرية وبذلك اما أن يمتنع تكوين الارتشاح المصلى الذى حصل او المهدد بالحصول واما ان لا يحصل بالكلية ولذا نشاهد فى مثل هذه الاحوال ان المرضى تتنفس بسهولة عظيمة تنفسا عميقا فى اثناء جريان الدم لكن فى معظم الاحوال لا يكون تأثير الفصد على المرض الاصلى جيدا فانه يزيد فى ضعف المريض واضمحلاله وفى فقر الدم ولذا ينبغى للطبيب أن لا يغتر بهذا النجاح الوقتى السريع بحيث لا يسوغ له فصد المريض الا عند الاضطرار والخطر العظيم ومتى شوهد فى أثناء سير الالتهاب الرئوى أو البليوراوى أو الامتلاء الغازى الحديث للصدر انه انضم لعسر التنفس العظيم ظهور خراخر رطبة فى الصدر وصار النفث مصليا وحينئذ يكون المريض فى حالة خطر فلا يعتبر صغر النبض بل يتخذ من هذا العرض سبب آخر لاجل فعل الفصد وكلما كانت الحالة حديثة سهل علينا معرفة الاحتقان التقممى الجانبى وتأكد الطبيب من النجاح

ومما يستدعى أيضا تنقيص كمية الدم الخطر العظيم الوقتى الذى يشاهد فى أحوال أمراض القلب التى فيها تهدد اعراض الاوذيما الرئوية بالحصول وما يحصل للمريض من الراحة التامة عقب الفصد يكون غالبا موافقا لمطمح نظر الطبيب ورجائه فيه ومع ذلك ففى مثل هذه الاحوال لا ينبغى أصلا فعل الفصد الا عند الاضطرار المهجد الان المصابين بآفة فى القلب لا يتحملون الاستفراغات الدموية لان الآفة القلبية ان كانت مزمنة كان دم هؤلاء مثل دم المصابين بالانيميا قليل الليفية والزلالية وله ميل عظيم لتكوين ارتشاحات مصلية فبتنقيص الفصد لكمية الدم يحدث ايضا تناقص فى تماسكه وعما قليل تعود كميته الاصلية بسبب امتصاص السوائل الموجودة فى المنسوجات وفى الامعاء وبذلك يزداد الاستعداد للارتشاحات المائية كثيرا وأما باقى الاشكال من الاحتقان الرئوى التى سبق شرحها فالفصد فيها من كل الوجوه مضر خصوصا فى الاحتقان الرئوى الانحدارى الذى يحصل فى اثناء سير الحميات الضعفية فلا بد فيه من اجتناب الفصد مهما كان امتداد هذا الاحتقان وخطر الاوذيما المصاحبة له وانما فى مثل هذه

الاحوال ينبغي استعمال جميع الوسايط التي بها يزول الضعف الحاصل في قوة القلب وهذا غاية ما يفعل من المعالجة وبهذه الكيفية يمكن الحصول على استفراغ تجاويف القلب وسهولة انصباب دم الاوردة الرئوية فيها وبذلك يعلم ان الفصد يضعف حركات القلب ويزيد في خطر المرض وحيث كان هذا الشكل الاخير أكثر حصولا ونتيجة جميع الامراض المستطيلة المنهكة كان استعمال الاعراق القوية والنبيذ والكافور والمسك أنفع من الاستفراغات الدموية وقد ذكرنا فيما تقدم عسر التمييز بين شلل القلب الابتدائي والاحتقان التفممي الجانبي الذي يحصل مدة سير الالتهابات الرئوية التي تؤدي فيما بعد لضعف انقباضات القلب بسبب التضخم الغزير والحمى الشديدة

وقد تستدعي الاوذيما الرئوية زيادة عن طريق المعالجة التي بيناها فيما تقدم استعمال المقيئات اذا لم يحصل السعال بقوة كافية وعجزت عضلات الشعب المشلولة عن مساعدة طرد المتحصل المعلى للمسالك الرئوية وقذفه فتى لم يمكن قذف النفث وبقي استماع الخراخر في الصدر ولو بعد حصول السعال عند المريض ينبغي اعطاء سلفات النحاس أو عرق الذهب مع الطرطير المقيء لكن لا يستعمل ذلك الا في الاحوال التي يتعشم فيها بنجاح المريض وقد أوصى المعلم (تروبه) باستعمال خلات الرصاص بقدر ٥ سنتجرام أعني قمحة كل ساعة مع وضع منفطة مستقرة على الصدر ونص على جودة هذه المعالجة في الاوذيما الرئوية وبالجملة فالاوذيما الرئوية المتعلقة باستسقاء عمومي تستدعي نفس معالجة المرض الاصلي وفي مثل هذه الاحوال يلتجأ أيضا لاستعمال المقيء متى شوهدت الظواهر المتقدمة التي ذكرت مرارا

(في نزيف أعضاء التنفس)

اعلم أن ينبوع النزيف هو الغشاء المخاطي الشعبي في معظم الاحوال التي فيها تخرج كمية عظيمة من الدم بالنفث وحيث كاد يصطحب النزيف الشعبي دائما بامراض الرئة أو يسبقها اخترنا شرحه هنا مع أنزفة الجوهر الرئوي الحقيقي ونعني بأنزفة اعضاء التنفس أولا النزيف الشعبي الذي هو السبب الغالب في النفث الدموي المعروف بالبصاق الدموي والسيلان

الدموى الرئوى أعنى خروج كمية عظيمة جدا من الدم ثانيا النزيف الشعرى فى الخلايا بدون تمزق المنسوج الرئوى المعروف بالسدد الدموية ثالثا النزيف الرئوى المصحوب بتهتك منسوج الرئة وتكوين بورة سكتية تعرف بالسكتة الرئوية الحقيقية وأما الانزفة الآتية من كهوف رئوية والتى تنشأ عن تمزق الانوريزما واستطراقها بالمسالك الهوائية فسنشرحها فيما سيأتى

(المبحث السادس)

(فى النزيف الشعبى)

(كيفية الظهور والاسباب)

كل من الاصابات الجرحية وتأكل أوعية عظيمة من الغشاء المخاطى الشعبى نادر الحصول جدا وكذا النزيف الوعائى الشعرى للمسالك الهوائية يندر أن يكون ناشئا عن اصابات جرحية أو تقرح وتنكرز فى الغشاء المخاطى الشعبى بل الغالب أن يكون النزيف متعلقا بتمزق فى الاوعية الشعرية اما عقب امتلائها بالدم او عقب حالة غير طبيعية فى تغذية جدرها ينتج عنها سهولة تمزقها

وبالحالة الاولى تنشأ غالبا الانزفة الوعائية الشعرية القليلة التى تحصل فى الدور الاول من النزلات الشعبية الحادة عند شدة تهيج المسالك الشعبية وعند وجود اضطرابات دورية ناشئة عن نحو أمراض عضوية فى القلب وبالحالة الثانية ينشأ أغلب الانزفة الشعبية التى بها ينسكب مقدار عظيم من الدم فى المسالك الهوائية وتنقذف الى الخارج على هيئة النفث الدموى أو النزيف الشعبى

وهذا الامر المعتنى به قليلا اعنى كون الانزفة الشعبية تكاد تكون جميعها متعلقة بحالة مرضية فى جدر الاوعية المعروفة بسوء القنية النزيفى وليست ناشئة عن شدة امتلاء تلك الاوعية له أهمية عظيمة فى الطب العملى ودليل ذلك كون نوب النفث الدموى أو النزيف الدموى الرئوى لا تكون مطلقا مسبوقة بعلامات احتقان الغشاء المخاطى الشعبى بل يكاد النفث أن يستمر ويصير غالبا اشد استعصاء متى فقدت المرضى كمية عظيمة من الدم وصار امتلاء أوعيتها قليلا

ثم ان الاستعداد لحصول الانزفة الشعبية الغزيرة (أى سوء القنية النزيفى للغشاء المخاطى الشعبى كما تقدم) يشاهد فى أحوال نادرة أولا عند الشبان المتمتعين بحسب الظاهر بصحة جيدة جدا وبنية قوية وليس عندنا أمر نرتكن اليه فى توجيه هذا الاضطراب الغذائى بجدر الاوعية الشعرية الذى يكون غالباله تأثير مضر متلف وقاصر على الغشاء المخاطى الشعبى ثانيا وهو كثير يوجد الاستعداد للنزيف الشعبى الغزير للحالات الهوائية عند الشبان الذين سنهم من خمسة عشر الى خمس وعشرين من أصحاب الصحة غير الجيدة والبنية الضعيفة من الصغر ويكونون غالبا يتامى ومات آباؤهم بالسل الرئوى وكانوا أصيبوا فى طفوليتهم بأمراض خنازيرية أو راشيتية واعتراهم الرعاف بكثرة ونموا فى أقرب وقت بدون أن يكون طولهم فى تناسب بالنسبة لنمو باقى الاعضاء والجماجم وتكون عظامهم الطويلة مستدقة وصدورهم ضيقة وجلودهم تظهر كثيرة الرقة والشفافية من غيرهم ووجناتهم تتوقد بسهولة ويرى على أصداغهم وظاهر انوفهم أوردة مزرقة وربما توهم ان كثرة حصول الانزفة الشعبية عند مثل هؤلاء الاشخاص ناشئ عن كون العناصر المغذية لجسمهم قد تلاشت بسرعة بسبب أمراضهم فى سن الطفولية ونموهم السريع فلم تكف فى التغذية الطبيعية لجدر أوعيتهم وذلك لان حصول الانزفة الذاتية عقب الامراض الثقيلة والتقيحات المستطيلة والانزفة الغزيرة ينسب الى تلاشى فى العناصر المغذية لكن هذه النظريات لاتكفى فى التوجيه لما ان الغشاء المخاطى الانفى هو الذى كان اولا مجلسا للنزيف وفيما بعد مجلسه الغشاء المخاطى الشعبى ولما ان النزيف لايشاهد فى الدماغ ولا فى غيره من الاعضاء عند مثل هؤلاء الاشخاص ثالثا يوجد الاستعداد للنزيف الشعرى الشعبى عند المرضى المصابين بالدرن او السل الرئوى وكثرة حصول هذا النزيف فى جميع أدوار المرضين المذكورين يوجه من جهة بان الاشخاص الموجود فيهم الاستعداد المبين للنزيف الشعبى يصابون بكثرة بالدرن الرئوى أو السل الرئوى وان الاستعداد لهذا النزيف لاينطفئ بعد اصابة الرئتين عندهم ومن جهة أخرى يحصل فى كل من الجوهر الرئوى والغشاء المخاطى الشعبى استرخاء وهشاشة عقب تراكم

الدرن فيه أو اصابته بتغيرات التهابية مزمنة بحيث ان الاوعيه الشعرية المارة فى منسوج مسترخ لا يقاوم تمدده يعتريها بسهولة تمدد عظيم ورقة فى جدرها وبذلك يسهل تمزقها

وبالجملة فيتضح لذلك ان التجمعات الدرنية والبورات الالتهابية بضغطها على الاوعية ينشأ عنها حصول احتقانات توارديه واحتباسية فتعين على تمزق تلك الاوعية

ثم ان التمسك بمذهب لينيك ونظرياته الغير التامة فى هذا الخصوص اوقع الاطباء بالنسبة للارتباط الكائن بين النزيف الشعبي والدرن الرئوى فى خطا عظيم وأدى لحدوث مبالغات وتصورات فاسدة

فان كثيرا من الاطباء من يعتبر ان كل نفث دموى غزير علامة أكيدة تقريبا على الدرن الرئوى المتكون أو الآخذ فى التكون ولو لم يسبق ذلك باعراض سابقة أو مدرك لمرض فى الرئة ويعتبر ايضا مع التأكيد خصوصا فى الاحوال التى فيها تتضح علامات السل الرئوى بعد ظهور النفث الدموى حالا ان هذا النفث نشأ ولابد عن وجود الدرن فى الرئة أو تكونه فيها

والتزدماذ كرمع غاية البيان حيث ان هذا الاعتبار فضلا عن كونه خطرا بالنسبة للمرضى خطأ للغاية فانه ولو أمكن وجود بعض أحوال فيها يظهر الدرن أو تغيرات التهابية فى جوهر الرئة بكيفية كامنة بحيث لا يشاهد عند المصابين ظواهر مرضية حتى تعتريهم نوبة من النفث الدموى أو النزيف الرئوى الا ان مثل هذه الاحوال من النوادر العظيمة جدا

بل فى غالب الاحوال التى فيها لا تكون نوبة النفث الدموى الغزير مسبوقة بسعال ولا بضيق فى النفس ولا بغيرهما من اعراض آفة رئوية تكون الرئتان حين حصول النزيف الشعبي سليمتين وليستا محلا للدرن الرئوى

وحيث ان مثل هؤلاء المرضى يندر هلاكهم فى أثناء النفث الدموى لا يتيسر التحقق من سلامة الرئتين بواسطة الصفات التشريحية ومع ذلك ان تأملنا لوصف الصفات التشريحية المنتسبة فى التاريخ وقارناتا نحجها ببعضها تحققنا انها مؤيدة لما قررناه بل انى بنفسى لم أجد ادنى أثر للدرن الرئوى ولا غيره من تغيرات مرضية أخرى مفسدة عند فعل الصفات التشريحية

فى جثة بعض الهالكين بنزيف رئوى مدة تمتعهم بصحة تامة

كما ان الاحوال العديدة التى فيها تكون الاشخاص متمتعة بصحة جيدة بعد ان حصل لهم جملة نوب من النفث الدموى مثل ما كانت فى صحة جيدة قبلها بل وكثيرا ما يصلون الى آخر سن التقدم بدون أن يوجد فى جثثهم بعد الموت علامات الدرن الرئوى المنطفئ أو آثار تغيرات رئوية التهابية تدل على حصول النزيف الشعبى الغزير بدون اصابة ثقيلة فى الجوهر الرئوى

وكذا الاحوال التى فيها تظهر علامات السل الرئوى الاولية عقب نوبة النفث الدموى أو السيلان الرئوى ويكون هذا النزيف الشعبى متقدما على حصول الاصابة الرئوية تكون ايضا منافية لنظريات ليفيك المتمسك بها أغلب الاطباء كما تقدم فانه طبقا لنظرياته لا يوجد الانوع واحد من السل الرئوى وهو السل الدرنى وحيث ان النزيف الشعبى لا يمكن أن يؤدى لتكون الدرن فلا بد من رفض القول بوجود ارتباط سببى بين النزيف الشعبى والسل الرئوى الذى يعقبه فان انضم حينئذ للنفث الدموى او النزيف الشعبى العلامات الاولية من السل الرئوى قيل انه حصل ولا بد قبل ظهور النزيف أو معه حالا تراكم درنى فى الرئتين وهذه الاستنتاجات وان كانت عقلية لكنها تعد من الخطا لانها نشأت عن مجرد فرض وهمى وهو ان التراكم الدرنى هو السبب فى جميع اشكال السل الرئوى وقد ثبت لى بالمشاهدات الاكيدة فى المرضى الذين أصيبوا بالنفث الدموى او النزيف الشعبى بدون سبق ظواهر مرضية بل وفى اثناء الصحة التامة ولم تعد لهم صحتهم بعد تلك النوبة وهلكوا عما قليل من الاشهر بالسل الرئوى ذى السير السريع ان مثل هؤلاء المرضى لم يهلكوا مطلقا بالدرن الرئوى بمعناه الحقيقى بل هلكوا غالبا بشكل من السل الرئوى الذى لم يعتن به الى الآن المتسبب عن النزيف الشعبى (نفيا لنظريات ليفيك) بدون واسطة فانه ان بقى الدم المنعقد فى أحوال النزيف الشعبى فى الخلايا الرئوية التى يجذب لها الدم المنسكب فى الشعب عند حركات الشهيق أثر ولا بد كمهيج التهابى فيما جاوره من الاجزاء كدم منعقد فى أحد الاوردة أعنى ان السدة تؤثر كمهيج التهابى فى جدر هذا الوريد ويقرب من العقل انه فى أغلب أحوال النفث

الدموى يكون للاوعية الشعرية من الخلايا الرئوية مدخل عظيم بل من الجائز انها هي الينبوع الاصلي فى النزيف وبالتغيرات الالتهابية الرئوية الحاصلة بهذه الكيفية يمكن أن تكتسب اتهاآت مختلفة (كما هو مبين فى المبحث الثالث) فالانتهاء الكثير الحصول هو استحالة كل من الدم المنعقد وجوهر الرئة الملتهب استحالة جبنية ثم يتلاشى فيما بعد وهذه التغيرات التشريحية المرضية يطابقها بالكلية الصورة المرضية التى يسير بها السل الرئوى متى اعترى أشخاصا أقوياء البنية سليمها عقب نزيف شعبي حالا وهلكوا فى اشهر قلائل من هذا المرض

وبالجملة فلنذكر ان مثل هذا النزيف الشعبي الذى يحصل فى اثناء سير السل الرئوى يؤدى أيضا بالكيفية السابق ذكرها الى التهابات رئوية مزمنة وتلاش فى الجوهر الرئوى وبذلك يسرع الانتهاء المحزن اذ من المعلوم ان النفث الدموى الذى يطرأ فى أثناء سير الالتهاب الرئوى يعتبر من الامور الخطرة وان هذا الالتهاب يتقدم بعد طروه تقدما عظيما الا أن هذه الظاهرة المعلومة عند جميع الاطباء توجه توجيها خطأ حيث انها عادة توجه بالامر المعلوم النادر الحصول وهو تجدد تكون درن عقب النزيف الشعبي ويكون سببا فى احداثه ومن جهة أخرى فى سرعة سير السل الرئوى

وحيث ان رأينا بالنسبة للارتباط الواقع بين النزيف الشعبي والسل الرئوى يخالف الآراء المنتشرة التزمنا ان نوضحه مع الاختصار بما سيأتى وهو

اولا ان الانزفة الشعبية الغزيرة تحصل أكثر مما يظن عادة عند اشخاص لم تكن مصابة بالسل الرئوى فى زمن طروها بل ولا تصاب به بعده

ثانيا ان نزيف المسالك الهوائية الغزير كثيرا ما يسبق السل الرئوى فى احوال عديدة بدون ارتباط سببي بين النزيف والتغير المرضى فى الجوهر الرئوى وحينئذ يكون ينبوع كلا هذين التغيرين المرضيين واحدا وهو الاستعداد العمومى فى الشخص المصاب بكلا هذين المرضين اعنى النزيف الشعبي من جهة والسل الرئوى من جهة اخرى

ثالثا ان نزيف الغشاء المخاطى الشعبي يسبق تكون السل الرئوى ويكون بينهما ارتباط سببي وذلك ان النزيف الشعبي يؤدى لتغيرات التهابية

مزمنة

مزمنة فى جوهر الرئة تنتهى بتهتكه وتلاشيه

رابعا ان النزيف الشعبى يكون حصوله فى أثناء سير السل الرئوى اكثر من تقدمه عليه ويندر حصوله فى أحوال يكون فيها مرض الرئة لم يزل كامنا

خامسا ان النزيف الشعبى الذى يحصل فى اثناء سير السل الرئوى يمكن أن يسرع الانتهاء المحزن لهذا المرض وذلك لكونه ينشأ عنه تغيرات التهابية مزمنة مفسدة لجوهر هذا العضو

(الصفات التشريحية)

المسالك الهوائية توجد عند فتح جثة الهالكين بالنزيف الشعبى ممتلئة بدم منعقد أو سائل فى امتداد متفاوت ويكون الغشاء المخاطى أحيانا ذا لون أحمر داكن مستو اذا كان الدم مرتشحا فى منسوج هذا الغشاء ويكون حينئذ منتفخا ذا قوام رخو يسيل منه الدم عند الضغط عليه وأحيانا يكون هذا الغشاء باهتا خاليا عن الدم فكان الاوعية الشعرية تجردت بالكلية عن متحصلها ولا يوجد تفرق اتصالى ميخانيكى أو تقرحى يعتبر ينبوعا للنزيف وتوجد الرئتان فى اجزائها التى سال الدم نحوها فى الخلايا الرئوية ذات لون كثير الحمرة أو قليلها مع ثقلها وتكاثفها وان كانت الشعب لم تزل ممتلئة بسائل دموى امتنع خروج الهواء وحينئذ فالاجزاء المقابلة من الرئة لا تهبط عقب فتح الصدر وتظهر فى الجثة انيميا عظيمة فى جميع الاعضاء اذا كان الموت قد حصل عقب فقد كمية عظيمة جدا من الدم

والاحوال التى فيها يطرأ الموت بعد زوال النزيف الشعبى بزمن طويل اما ان لا يوجد أدنى اثر للنزيف فى الرئتين وهو الغالب او توجد علامات الالتهابات الرئوية المزمنة على اختلاف ادوارها وينبغى نسبتها للنزيف متى وجدت فى الشعب تعقدات دموية منفسدة كثيرا او قليلا واخذت فى الاستحالة الجبنية

(الاعراض والسير)

وجود كمية قليلة من الدم او بعض خطوط منه فى النفث المخاطى النزلى عرض كثير الحصول جدا وليس فيه ادنى خطر وربما يخرج بالنفث كمية عظيمة من الدم النقى او من المواد المخاطية الدموية عقب ارتجاج الرئتين

او رض الصدر أو بمجهودات العنيفة جدا أو عقب استنشاق أبخرة مهيجة او عقب بعض اشكال ثقيلة من الاحتقان الرئوى الاحتباسى أو الشعبى فى أثناء سير امراض القلب لكن كذلك هذا النفث الدموى ليس له اهمية فى حد ذاته ولا خطر

وعكس ذلك يقال فى النفث الدموى الغزير الناتج عن تناقص مقاومة جدر الاوعية الشعرية الشعبية ويسمى بحسب تفاوت كمية الدم اما بالنفث المدمم او بالسعال المدمم او بالنزيف الرئوى وفى هذه الحالة يمكن للطبيب الحاذق الاعلان به قبل حصوله بزمن طويل لما يتراءى له من هيئة المرضى التى بيناها فيما سبق سيما ان تشكت زمنا فزمنا برعاف او خفقان واحساس بضيق فى الصدر ومن النادر سبق نوبة النفث الدموى بظواهر حقيقية كالاحساس بانقباض الصدر بل الغالب حصول النفث فجأة فى وقت لا يؤمل حصوله فيه فالمرضى تدرك احساسا بسائل ساخن يصعد خلف القص وبطعم مخصوص حلو فى الفم فتنفث وحينئذ ترى مواد دموية خرجت بالنفث من الفم نقية أو مختلطة مدممة وهذه الظاهرة تحدث فزعا واضطرابا عظيمين جدا مهما كان الشخص جسورا ولو قلت كمية الدم المنقذف فلا بد وان يرتاب المريض فيبهت لونه وترتعد مفاصله بحيث يقرب الى حالة الاغماء ثم بعد انقذاف هذه المواد الدموية بقليل يحس بدغدغة فى العنق وتطلب للسعال ويسمع فى الصدر خراخر رطبة غليظة ونوع غليان فيه ثم يحصل بعد ذلك سعال قصير رطب ينقذف به مواد دموية زبدية ذات لون احمر قان وانقذافها يكون من الانف والفم معا غالبا ويوجد بين نوب السعال المختلف فترات قصيرة فيها ينسكب الدم ويتجمع جديدا وبهذه الكيفية كثيرا ما تنقذف كمية عظيمة جدا من هذا السائل فى زمن قليل (فقد تصل الكمية المقذفة من أوقية الى رطل او ازيد من ذلك) ثم ان النوبة التى شرحناها تزول فى نصف ساعة وأحيانا فى أقل من ذلك والغالب مكثها بعض ساعات فالمواد المخاطية التى تخرج فيما بعد تكون محمرة قليلا ومختلطة بالدم لكن لا يكون جميع النفث مكونا من الدم النقى ومن النادر جدا عدم تكرر نوبة النفث الدموى عند المريض بل تكاد تتكرر دائما بعد ساعات قلائل أو فى اليوم التالى

أيا كانت جودة المعالجة وفى معظم الاحوال تشاهد نوب جديدة فى اليوم الثانى أو الثالث وقد تتردد مدة أسبوع حتى يبهت لون المريض ويخلو عن الدم فيتخلص من نوبة النفث الدموى وطالما يبقى المريض مصونا عن النوبة جملة أشهر بل عدة سنين

وبهذه الكيفية يكون سير النزيف الشعبى حاصلا فى أثناء سير السل الرئوى أو فى اشخاص سليمى الرئة من الدرن وغيره من التغيرات المرضية ومن النادر جدا أن يخشى من هذا النزيف على الحياة ومن المهم معرفته ان الموت لا يحصل فى النوبة الا نادرا جدا ولو اجتمع فى المريض العلامات الدالة على الانتهاء المحزن كالانحطاط الكلى والميل للاغماء وغير ذلك من العلامات والاكثر حصول الموت لا بفقد الدم بل بانسداد الشعب والتنفس غير التام والبحث الطبيعى للصدر لا يدل غالبا على شئ ما عدا الخراخر الرطبة المنتشرة كثيرا أو قليلا فلا ينبغى قلق المريض وتهييجه بتكرار البحث بالتسمع والقرع وان حصل انصباب مقدار عظيم من الدم ملأ الخلايا الرئوية فى جزء عظيم من الرئة صار صوت القرع فى جزء منها أصم فارغا والغط التنفس ضعيفا او غير محدود او شعبيا ثم ان المرضى فى كثير من الاحوال بعد أن ينقذف منهم مدة طويلة من الزمن أجزاء صغيرة من مواد مخاطية مدمة ودم منعقد يعودون الى صحتهم كما كانت وان كان الدم المنعقد قد ركد فى فرع شعبى وسده فمنع من دخول الهواء فيه لا يكون لونه أحمر قانيا بل داكنا مسودا

وبالتأمل بالدقة يرى انه يوجد عند أغلب المرضى ولو الذين عادوا بسرعة الى صحتهم عقب النزيف الشعبى علامات تهيج التهابى شديد فى الرئة والبليورا فى الايام الاول من النفث الدموى فانى قد وجدت من منذ اتفاقى الى حصول هذا الالتهاب البليوراوى الرئوى التابعى تقريبا دائما ارتقاء فى حرارة الجسم وسرعة فى التنفس واضطرابا عموميا وآلاما ناخسة فى جانبى الصدر وأصمية ضعيفة فى صوت القرع والغاطا احتكاكية أو خراخر ذات فقاعات رفيعة وذلك فى اليوم الثانى او الثالث عقب النفث الدموى بل وفى الاحوال التى فيها مضى زمن طويل بعد طرو النفث الدموى أمكننى بالبحث الجيد اثبات انه كان اذذاك موجودا علامات من التهيج الالتهابى للاعضاء

التنفسية متفاوتة الوضوح ومما أستغرب به ان تلك النتائج التابعة للنزيف الشعبي التي تكاد توجد دائما لم يعتن أحد بها ولم تكد تذكر في كتب الطب والالتهاب الكثير الحصول لهذه الالتهابات التابعية هو التحلل فكثيرا ما تزول جميع الاعراض بعد أيام قليلة ويعود المريض كما ذكرنا الى نقاهة تامة وفي أحوال أخرى يستمر كل من ارتفاع حرارة الجسم وسرعة النبض وكذا الحالة العامة تبقى مضطربة بسبب استمرار الحمى وكذا آلام الصدر التي تعتبرها المرضى عادة آلاما روماتزمية تستمر ايضا كسرعة التنفس ويوجد عند المرضى سعال يتقذف به نفث مخاطي مدمم فان وجد مع هذه الاعراض في جزء من الصدر عند القرع صوت فارغ اصم وكان لغط التنفس غير محدود او ضعيف وحصل للمرضى نحافة وانحطاط ساغ الظن بأن هناك في الرئتين تغيرا مرضيا مفسدا وان هلاكهم بالسل الرئوي قريب الحصول لكن لا ينبغي في مثل هذه الاحوال اليأس وقلة الطمع في النجاح ففي كثير من مثل هذه الاحوال تزول الحمى بعد قليل من الاسابيع وكذا الآلام وقصر النفس والسعال والنفث حتى ان المرضى يرون انهم برئوا من مرض ثقيل وتعود لهم صحتهم التامة بسرعة و بالبحث الطبيعي يستدل على وجود جزء هابط من الصدر يكون صوت القرع حوله فارغا أصم ولغط التنفس ضعيفا فالالتهاب الرئوي يكون حينئذ قد انتهى بضمور وانكماش الجزء الرئوي الملتهب ومن منذ الالتفات لذلك اتضحت أحوال عديدة من هذا القبيل واذا لم يحصل في أثناء سير الالتهاب الرئوي المزمن الذي يعقب النزيف الشعبي تحسين واتهكت المرضى بدلا عن ذلك بالحمى الشديدة ذات النورانات المسائية والعرق الليلي وصار النفث غزيرا صديديا واتضح تكون كهف بالبحث الطبيعي ساغ الحكم بأن الالتهاب الرئوي المزمن انتهى بالاستحالة الجبنية وتلاشي الجوهر الرئوي الملتهب

وبالجملة فلنذكر ان الاشخاص الذين نجوا من نزيف شعبي غزير يكونون عرضة للهلاك بالسل الرئوي بعد زمن ما ولو لم يخلف النزيف فيهم أدنى عاقبة مضرة وكانوا قد عادوا لصحة تامة

(التشخيص)

كثيرا ماتختلط الانزفة الآتية من الشعب بالرعاف سيما اذا كان آتيا من الجهة الخلفية للخياشيم أو كانت المرضى عند حصوله مستلقين على ظهورهم ففي مثل هذه الاخيرة ينحدر الدم نحو البلعوم ويصل الى الحنجرة ثم ينقذف منها بواسطة السعال وهذا مما يحدث فزعا زائدا عند المريض وأهله حتى انهم يعطونه مقدارا مناسبا من ملح الطعام او الخل قبل مجيء الطبيب وفي مثل هذه الاحوال المفزعة ينبغي للطبيب التأني والتؤدة في البحث عن اللثة والخياشيم والحلق بالدقة والتفحص الجيد بأن كان حصل للمريض رعاف في الليلة السابقة كي لا يوقع نفسه في الخطا

واما التشخيص التمييزي بين النزيف الشعبي والآتي من المعدة ففيه صعوبة لاسيما اذا أريد معرفة ينبوع النزيف المنقذف من منذ سنين فان السعال الذي يصحب النفث الدموي كثيرا مايصحبه غثيان أوقيء كما ان الدم قد يزدرد ثم ينقذف بالقيء وبالعكس يعني ان القيء الدموي الشديد يكاد يصحبه دائما سعال بسبب دخول جزء صغير من الدم في الحنجرة ولذا لا يمكن المرضى على الدوام معرفة ينبوع الدم ان كان آتيا مع القيء أو السعال وسنوضح الفرق مفصلا بين هذين النزيفين عند الكلام على النزيف المعدي وانما ننبه هنا فقط على انه ينبغي الفحص الجيد أولا عن السعال ان كان انضم الى القيء أو القيء اعقبه ثانيا ان كان خروج النزيف سبقته اضطرابات معدية أم لا ثالثا عن النزيف ان كان اتى عقبه فيما بعد براز مسود قطراني أو بعد الايام التالية اتى عقبه نفث مواد مخاطية ملونة بالدم وان أمكن البحث عن الدم المنقذف وجد لون الدم الآتي من المسالك الهوائية أحمر قانيا رغويا غالبا ذا خواص قلوية وان تكون منه قرص كان هذا القرص رخوا خفيف الوزن النوعي لانه يكون محتويا على فقاقع هوائية واما الدم المنقذف مع القيء فبخلاف ذلك فان لونه يكون دا كنا بل مسودا مالم يتأكل شريان غليظ من شرايين المعدة فانه وان لم يختلط بفقاقع هوائية لكنه يكون مصحوبا ببقايا المطعومات والمشروبات ويكون كذلك ذا خواص حمضية وان تكون عنه قرص دموي كان ثقيلا منجمدا

وبالجملة يلزمنا ان نذكر بعض كلمات في الفرق بين النزيف الشعري للغشاء

المخاطى الشعبى و بين النزيف الناشئ عن جرح أوعية عظيمة الحجم كائنة فى جدر الكهوف الرئوية وبعض المؤلفين وان اعترف بأن النزيف القليل الكمية المكون للنفث الدموى يحصل من الاوعية الشعرية للغشاء المخاطى الشعبى يعضد أن كل نزيف غزير يؤدى لحصول نزيف رئوى لابد وان ينشأ عن تمزق أو تآكل بعض الاوعية الغليظة فقط زاعما بتأكد القول جدا حتى انه يقول ان جميع الاشخاص ولو المتمتعين بصحة جيدة فى الظاهر متى اعتراهم نزيف رئوى لابد وان يوجد فيهم كهوف درنية بقيت كامنة الى حين حصول ذلك لهم وماذكر من كون النزيف الغزير لا ينشأ الا عن تمزق اوعية غليظة فقط ولا يصح أن يكون ناشئا من أوعية شعرية للغشاء المخاطى الشعبى فغير مسلم فان النزيف الشعرى الآتى من الغشاء المخاطى الانفى لا يندر ان يكون غزيرا جدا بحيث يهدد الحياة ولانه يمكن أن يحصل نزيف غزير شعرى من الغشاء المخاطى الشعبى سيما ان كان حصوله من اصفار ممتدة من هذا الغشاء مدة الشهيق فانه حينئذ يرق الهواء الكائن فى الرئتين جدا بحيث ان النفث الدموى لا يصح أن يسمى بذلك بل بالنزيف الرئوى وذلك بقطع النظر عن كون كثير من الاشخاص المصابين بنفث دموى لا يكون عندهم مبالغة فى الوصف بحيث يزعمون ان ماخرج منهم من النفث الدموى ملء عدة كوبات والحال ليس كذلك وزيادة على ذلك فليس من القريب للعقل انه فى جميع الاحوال التى فيها يعترى أشخاصا جيدى الصحة فى الظاهر نزيف غزير من المسالك الهوائية كان كامنا فيهم كهوف رئوية كما انه لا يعقل ان الانزفة الآتية من كهوف صغيرة كامنة أكثر حصولا من الآتية من كهوف عظيمة معلومة وبالجملة يمكن اثبات ان الدم المقذف فى اغلب أحوال النزيف الرئوى لا يكون ناشئا عن أوعية غليظة وبالاقل لا يكون آتيا من فرع من الشريان الرئوى ومن المعلوم ان تفرعات الشريان الرئوى التى تنسد بسرعة فى الاشكال المختلفة من السل الرئوى وفى بعض الاحوال قد تنفتح اما بتآكل جدرها أو بتمزقها تسيل فى باطنها كتلة الدم الوريدية للجسم بتمامه وفى جميع أحوال النفث الدموى بل وجميع النزيف الرئوى يكون الدم المقذف احمر قانيا بحيث يكون المهم من

التشخيص التميزى للنفث الدموى والنزيف الرئوى هو لون ذلك الدم الاتى من الرئتين او المسالك الهوائية كما تقدم ولا يحكم بتا كل احد تفرعات الشريان الرئوى الا فى الاحوال النادرة التى فيها ينقذف كمية عظيمة جدا من دم قاتم وريدى غيران هذه الاحوال التى شاهدنا منها حالة واحدة فى الاكلينك نادرة جدا بالنسبة للاحوال التى ينقذف فيها دم قان فان هذا الدم القانى لا يمكن أن يأتى الامن الاوعية الشعرية للخلايا الرئوية أو الغشاء المخاطى الشعبى او غايته ماهناك من تفرعات الشرايين الشعبية أو الاوردة الرئوية

(الحكم على العاقبة)

أمّا الحكم على العاقبة بالنسبة للخطر الوقتى فهو على العموم جيد كما ذكرنا مهما كانت الظواهر خطرة بحسب الظاهر وأمّا بالنسبة للشفاء فهو غير جيد بالكلية والنفث الدموى يكون انذاره أكثر خطرا كلما قلت شدة الاسباب التى أحدثته وأثرت فى المريض وكان غير متعلق باسباب متممة للنفث الدموى وبالعكس الانذار يكون جيدا متى كانت اصابات الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية لاواسطية كاشتداد حركات القلب ونحوها من المؤثرات المرضية التى تحدث احتقانا شديدا فى الغشاء المخاطى الشعبى يؤدّى الى تمزق جدر الاوعية الشعرية وكان يمكن ازالة هذه الاسباب ولا ينبغى عد احتباس الطمس او انقطاع دم البواسير من جملة هذه المؤثرات المرضية الامع التدقيق والاحتراس ولو أن المرضى كثيرا ما يميلون للاعتقاد بأن النفث الدموى عندهم ناتج عن مثل هذه الاسباب وان وافقهم الطبيب على ذلك صاروا فى غاية الاطمئنان لكن فى غالب الاحوال لا يكون انقطاع الطمس سببا فى النفث الدموى بل نتيجة له ومثل ذلك يقال فى انقطاع دم البواسير فانه قد يكون موجودا قبل نوبة النفث الدموى ثم ينقطع مدة هذه النوبة أو بعد زوالها بالكلية

(المعالجة)

يمكن أن تستدعى المعالجة السببية فى الاحوال التى يكون فيها الكل من شدة احتقان الغشاء المخاطى وتزايد الضغط الوعائى الباطنى الجانبى دخل عظيم

فى احداث النزيف الشعبى استعمال الفصد العام وغالبا لا يكون لازدياد الضغط الجانبى فى الاوعية الشعرية الادخل قليل فى احداث النزيف الشعبى فانه لا ينقطع بتناقص الضغط المذكور وفراغ الاوعية ودنو موت المريض من الفقد الدموى وعلى الطبيب أن يتأمل لبهاتة لون المرضى المصابة برعاف شديد يلجئنا لسد الانف لاجل ايقاف هذا النزيف حتى لا يبادر باستعمال الفصد مادامت ضربات القلب متوسطة الشدة ولا يلتجئ اليه الا اذا استقرت اعراض الاحتقان الرئوى الخطرة ولو مع وجود النزيف الشعبى وحيث لم يمكنا كما تقدم توجيه سبب دقة جدر الاوعية الشعرية وسهولة تمزقها وهما السببان الرئيسان للنزيف الشعبى فضرورة نلتزم الاقرار بعدم امكان اجراء ما تستدعيه المعالجة السببية ولا مقاومة سوء القنية النزيفية بوسايط علاجية عقلية أو نوعية فالاوفق ايصاء المستعدين للاصابة بالنفث الدموى أو من أصيبوا به ثم برئوا منه بالتحفظ حسب الامكان من تأثير الاسباب المضرة المحدثة لاضطراب التغذية العامة فيؤمرون باستعمال الاغذية الجيدة البسيطة غير المهيجة وبالرياضة اللطيفة فى الهواء المطلق وتنظيم حالة القناة المعوية والامتناع من الافراط فى شهوة الاكل والجماع وتجنب الانفعالات النفسية وعند اتضاح فقر الدم عن الكرات الحمراء تستعمل الاستحضارات الحديدية الخفيفة أو المياه الحديدية كالماء المعدنى الحديدى من بعض الينابيع الطبيعية كما بيرمونت ودريبورغ وايمنو وعدم التمسك بما ذكر والاهتمام به يعد من الاهمال والخطا العظيم

وأما معالجة المرض نفسه فانها تستدعى استعمال تدبير صحى جيد ومن ضمنه تسكين روع المريض وتطمين خاطره بل يسوغ للطبيب أن يخبره ان حصول النفث الدموى سيتكرر بعد بعض زمن انه لا ينزعج لكل مرة ويظهر له البشاشة مع طلاقة الوجه ويفهمه بأن ذلك لا يهتم منه ولا يكترث به بل ربما فيه المصلحة والفائدة ولا يخشى الموت بكثرة النزيف فبواسطة الطبيب اللبيب يسكن روع المريض ويحصل له الهدء التام وعلى هذا امدار النجاح ويؤمر بالجلوس فى أودة باردة ويمنع عنه المشروبات الحارة وتعاطى الاطعمة الساخنة وتجنب الكلام بل يؤمر بمقاومة تهيج السعال مع القوة فان

السعال

السعال فى النفث الدموى مضر كالتمخط من الانف عند الرعاف وبالجملة ينبغى تبعيد الملابس الضاغطة على الصدر وكذا يؤمر بالاضطجاع مع الراحة فى فراشه وأجود الوسايط العلاجية لمقاومة النفث الدموى التبريد داما على شكل مكمدات باردة أو جليد اذا كان النزيف الشعبى قويا جدا ومع ذلك فيعطى للمريض بعض قطع من الجليد يزدردها أو مقدار من عصارات الثمار المثلجة المعروفة بالثلج السكرى وبالجملة يمكن استعمال التبريد على شكل حقن يضاف اليها بعض من الخل كما هى العادة وغير التبريد توجد جواهر عديدة مشهورة بانها موقفة للنزيف بدون امكان توجيه تأثيرها الفسيولوجى الا بالتجربة وأعظمها ملح الطعام والحوامض ومن العجائب انه متى استعمل مقدار عظيم جدا من الملح أو الحوامض نتج عنه حالة اسكربوطية فى الدم وتغير فى تغذية جدر الاوعية ونزيف وأيا كان فلا بد وان يوصى المريض متى حصل عنده نفث دموى بتعاطى ملح الطعام مسحوقا جافا بمقدار جملة ملاعق صغيرة اوكبيرة ويؤمر بتعاطى حمض الكبريتيك أو العصفور يك وبالخصوص اكسير (هالير) الحمضى بأن يتعاطى منه فى كل ساعتين عشر نقط ممزوجة بما يكفيها من الماء وثم جواهر أخرى توقف النزيف ولعدم اتضاح منفعتها وتأثيرها القوى لم يلتفت اليها بكثرة وذلك كخلات الرصاص الذى مدحه اطباء الانجليز بكثرة والجويدار وزيت لترمنتينا وبلسم الكوباى والراتانيا وغير ذلك من الجواهر الدوائية وقد اوصى المعلم (وندرلش) باعطاء الجويدار من خمس قمحات الى عشرة فى كل مرة حتى يحصل كلال وخدر فى الانامل وها التركيب دوائيا يستعمل بكثرة فى النزيف الشعبى وهو

بلسم الكوباى	من كل اوقية واحدة
الشراب البلسمى	
ماء النعناع	
روح النبيذ النقى	
روح الايتير	نصف درهم

ويعطى من ذلك كل ساعتين أو اربعة نصف ملعقة كبيرة ولا تستعمل هذه الجواهر الا فى الاحوال الخطرة جدا وينبغى ملاحظة ان تأثير هذه الجواهر

الموقفة للنزيف بجميعها ضعيف عند استعمالها فى الرعاف الثقيل ولو مع ملامستها الغشاء المخاطى الدامى بلا واسطة وقد مدح فى هذا العصر الاخير بكثرة استعمال الاستنشاقات بمحلول الحديد المركب من محلول ثانى كلورور الحديد بقدر جرام منه أودرهم على ست أواق من الماء وقيل انه ناجح جدا فى هذا المرض بحيث انه يقف النزيف الشعبى الخطر فى ظرف أربع دقائق او خمسة غير ان تجاربى لم تزيد عندى ذلك ومن الكثير الاستعمال فى هذا المرض المسكنات لتقى قلق المريض واشتد سعاله ينبغى اعطاؤه منها فيعطى له مسحوق دوفر فى كل مساء وجرعة أو مستحلب ممزوج بقدر نصف درهم من صبغة الافيون أو نصف قمحة من المورفين فى أثناء النهار

* (المبحث السابع) *

فى النزيف الرئوى الغير المصحوب بتمزق فى جوهر الرئة المعروف بالسدد الدموية الرئوية وبالانسكاب الدموى السددى وبالسدد الانتقالية الرئوية

*(كيفية الظهور والاسباب) *

أما السدد الدموية فهى عبارة عن نزيف شعرى يكون قاصرا على صقع محدود من الرئة أو على بعض فصيصاتها فى غالب الاحوال والدم يكون منسكبا ما فى باطن الخلايا الرئوية أو الانتهائات الشعبية الرفيعة او الانسجة الطبيعية لجدر الخلايا الرئوية خصوصا بين الالياف المرنة المحيطة بهذه الخلايا وجوهر الرئة لا يتمزق من هذا النزيف وذلك لان الاوعية الشعرية للخلايا الرئوية سطحية جدا بل بعضها وضعه عارفيها وتحديد هذه السدد آت من كون النزيف من اوعية شعرية آتية من فرع شريانى واحد ومن المعلوم ان متسع الاوعية الشعرية يكون بنسبة الشريان الناشئة منه وبحسب ذلك يختلف عظم السدد الدموية فالناشئة من فرع غليظ من الشريان الرئوى تكون عظيمة والعكس بالعكس وحيث ان الفروع الاصلية للشريان الرئوى تدخل فى جدر الرئة من الشعب الغليظة ومن هنا تتفرع تفرعا شعبيا مع الاخذ فى الصغر نحو الدائرة بحيث ينتهى كل فريع انتهائى بدخوله فى فصيص صغير فمن الواضح ان السدد المركزية تكون عظيمة والدائرية اى الكائنة فى الفصيصات تكون صغيرة

وعند

وعند البحث بالدقة عن التفرعات الشريانية المتكون فى تفرعاتها سدد دموية يوجد فيها تعقدات دموية تملأ تجويفها امتلاء تاما أو تقريبيا ووجود ذلك فى الشرايين العظيمة سهل وفى الصغيرة عسر

وكون التعقدات السادة لم تتكون فى محالها بل تكونت فى صفر آخر بعيد عنها وأتت الى هنا مع تيار الدورة وسبحت فى الاوعية حتى وصلت الى احد تفرعات الشريان الرئوى ووقفت فيه حيث لم يمكنها النفوذ منه أمر معلوم من منذ زمن طويل بالنسبة للسدد الانتقالية والفخر فى هذا الاستكشاف المهم للمعلم (ورچوف) فانه ادخل قطعا صغيرة من مواد ليفية أو أجزاء عضلية أو بعض قطع من قلب البلسان فى الاوردة الودجية من الكلاب وبرهن بالصفات التشريحية على ان هذه الاجسام الغريبة سدت بعض فروع الشريان الرئوى وأدت لحصول سدد دموية والتهابات فصيصية أوخراجات صغيرة خلف الاصفار المنسدة كما أنه أثبت ايضا بالصفات التشريحية فى جثة الاشخاص الهالكين ببورات مرضية انتقالية فى الرئة كون الشرايين الموصلة لهذه البورات منسدة بسدد آتية بلاشك امامن السدد المنفصلة لبعض الاوردة الدائرية او بجزيئات آتية كذلك من بعض المنسوجات المتقرحة أو الفاسدة

وقد حصل اضطراب عظيم فى شرح البيميا اى التسمم الصديدى للدم والسبتكيميا اى التسمم التعفنى للدم غيران شرح السدد الانتقالية وتعلقها امابدخول تعقدات ليفية سددية او قطع من المنسوجات المتلاشية لم يحصل فيه نقض ولا ابرام

ومن الواضح حصول هذا الشكل من النزيف بواسطة السدد السيارة الآتية امامن سدد منفصلة آتية من الاوردة الدائرية او من منسوجات متقرحة فاسدة آتية من الاجزاء الدائرية فانه متى دفع تيار الدورة سددة من محل منشئها تصل بدون عائق الى القلب لزيادة اتساع الاوردة من الدائرة الى المركز فتصل الى القلب الايمن ومنه الى الشريان الرئوى ولا تقف فى سيرها وتثبت الا متى وصلت تلك السددة السيارة الى فرع من الشريان الرئوى يكون اتساعه اقل من حجمها او بنى على ذلك القاعدة العامة وهى ان السدد

السيارة الآتية من جذور الوريد الباب أو من تقرحات فى القناة المعوية تصل الى جذوره المتوزعة فى الكبد فتسدها فتحدث تغيرات انتقالية فيه وان السدد التى تكون آتية من الرئة أو من القلب الايسر تسد الفروع الشريانية للطحال أو الكليتين او الدماغ وعند مشاهدة استثناآت من هذه القاعدة أعنى ان شوهد فى بعض الاحوال سدد دموية فى بعض الاعضاء التى لا يمكن وصول السدد الى شرايينها الا عقب نفوذها من الاوعية الشعرية لغير هذا العضو من الاعضاء (كسدد الكبد عقب وجود سدد ذاتية فى الاوردة الدائرية) فانه يتراءى من القريب للعقل ان السدد السيارة فى مثل هذه الاحوال كانت صغيرة فى الابتداء ثم عظم حجمها فى أثناء دورتها مع تيار الدم برسوب مواد ليفية عليها وقد نبه المعلم (ويفر) على انه يوجد فى كثير من الاعضاء بعض شرايين تنضم مع الاوردة بلا واسطة أعنى بدون أوعية شعرية بينهما فكثرة حصول السدد الدموية فى الرئتين عقب جروح الرأس الواصلة الى الجوهر الكائن فى باطن العظم ليس له سبب آخر الا كون الاوردة لا تنطبق على نفسها لان جدرها مثبتة فى الوريقة الظاهرة والباطنة من العظام فتبقى منفتحة وبذلك يسهل نفوذ التعقدات الدموية فيها

وقد سبقت مشاهدة هذه السدد فى الفروع الشريانية الرئوية من منذ زمن طويل فى النزيف الرئوى المذكور الذى هو كثيرا ما يكون فى أثناء سير امراض القلب لاسيما الآفات العضوية للصمامات الا ان المنسوبة غير ان هذه المضاعفة كانت توجه بأن خروج الدم وانسكابه فى الخلايا الرئوية وفى الهالات التى بينها يضغط على الاوعية الشعرية ويمنع وصول الدم اليها فبذلك ينعقد ويحصل الفروع الشريانية الموصلة عقب ركود الدم فيها حتى انى كنت أولا ممن يقول بهذا التوجيه مع ملاحظتى لكون الاحتقان الاحتباسى للدم فى الدورة الصغرى المتعلق به حصول السدد الدموية الرئوية فى امراض القلب ليس كافيا فى اقتصار النزيف الشعرى على بورات محدودة من الرئة وقد تحقق لى الآن ان هذا الشكل من النزيف الرئوى فى امراض القلب يحصل ولابد بواسطة السدد السيارة كما أثبت ذلك كل من المعلم (روكتنسكى وبرهارد) ثم ان السدد السيارة التى تسد بعض فروع

الشريان الرئوى فى أمراض القلب المذكورة لاتأتى من الدورة العظمى
مثل السدد المحدثة لهذه الانسكابات الدموية الانتقالية بل من القلب الايمن
لاسيما من بطينه الايمن الذى كثيرا مايتكون فيه تعقدات دموية صلبة
تتشبث بالاعمدة اللحمية الكائنة فيه عند بطء الدورة بطأ عظيما فان انفصل
جزء من هذه التعقدات بواسطة التيار الدموى وسبح فى الدورة لابد وأن يسد
أحد فروع الشريان الرئوى وبذلك يحصل انسكاب دموى سددى رئوى
والتعقدات الليفية التى تنفصل وتسبح فى الدورة فى أحوال السدد القلبية
يكون حجمها غالبا أعظم منه فى السدد الآتية من الدورة العظمى فان سدد
القلب أعظم حجما من سدد الاوردة وبذلك يتضح لنا بسهولة توجيه كونها
تسد فروعا غليظة من الشريان الرئوى وكون الانسكابات الدموية السددية
فى أمراض القلب اعظم امتدادا من الانسكابات الدموية الانتقالية وكون
الاولى توجد فى باطن الرئة بقرب جذرها والثانية مجلسها دائرة الرئة وبانفصال
أجزاء صغيرة من السدد القلبية للقلب الايمن وسبحها فى التيار الدموى يتضح
توجيه وجود انسكابات دموية سددية دائرية فى امراض القلب زيادة عما
يوجد فيها بقرب جذر الرئة

وبالجملة فلنوضح الكيفية التى بها يؤدى انسداد الفرع الشريانى الآتى منه
الدم الى نزيف شعرى فى الاصقاع المتوزعة فيها المتفرعات الشعرية للشريان
المنسد فان توجيه ذلك وتوضيحه ليس مما يفهم بسهولة بمجرد النظر أما
التوجيه الذى قال به المعلم (روكتنسكى) من كون انسداد أحد التفرعات
الشريانية الرئوية ولو الصغيرة منها جدا وأوعيته الشعرية يؤدى لاحتقان
تفممى جانبى ينشأ عنه نزيف ونضح فغير وجيه فضلا عن كونه غير واضح فان
النزيف لايحصل من الاوعية الشعرية المجاورة بل يأتى من الاوعية المنسدة
نفسها وكذا توجيه المعلم (ورچوف) بالنسبة للنزيف الشعرى فكذلك غير
كاف بخلاف توجيه المعلم (لودويج) فانه تام واضح حيث بين تأثير تضايق
أحد الفروع الشريانية فى الاوعية الشعرية وفسر هذا النزيف بكيفية
شافية حيث قال ان توتر الشرايين أسفل محل تضايقها يتناقص لان سريان
عمود السائل عند نفوذه من أنابيب ضيقة يفقد قدرا من قوة سرعته بخلاف

ما اذا كان ساريا من أنابيب متسعة ومع ذلك فلا يسوغ استنتاج أنه عند حصول تضايق فى الفروع الشريانية الصغيرة تصير اوعيتها الشعرية فارغة والمنسوجات المارة فيها تلك الاوعية باهتة فانه فى التيار البطىء المار من الاوعية الشعرية فلابد وأن تجتمع كرات دموية كبيرة ثقيلة وتتراكم على بعضها وحيث انه باجتماع كرتين فاكثر يسهل التصاقهما ببعضهما بتكون سدة دموية تسد الاوعية الشعرية وعند حصول ذلك لابد وأن يرتقى توتر جدرها ثانيا فان الاوعية المذكورة عبارة عن متعلقات أعود بة من الشرايين ومتى انضم لذلك انه بارتفاع الضغط الناتج عن انسداد الاوعية الشعرية الرقيقة الجدر كارتقائه فى الاوعية الشريانية يحصل ولابد تمزق فى جدر الاوعية المقددة وخروج الدم منها وانسكابه اتضح لنا توجيه بسيط تام بالنسبة لحصول النزيف واقتصاره على الاصقاع المحدودة المتوزع فيها الشريان المسدد ولاتخدش صحة هذا التوجيه الا بكون الفرع الشريانى الذى يؤدى للانسكاب الدموى السددى لايصير متضايقا فقط بل منسدا بالكلية وان كان هذا الاعتراض غيروجيه فان وقوف السدة الدموية السيارة يحصل غالبا فى محل تفرع أحد الشرايين فلا يكون سده تاما ابتداء بل يحصل فيه تضايق مختلف وفيما بعد أى عند تكون الانسكاب الدموى السددى (الذى لابد وأن يحصل عما قريب) تتراكم مواد ليفية على السدة فحينئذ يصير انسداد الفرع الشريانى تاما

وكما نشاهد الانسكابات الدموية الانتقالية فى جوهر الرئتين نشاهد ارتشاحات رئوية محدودة وخراجات صغيرة وفى مثل هذه الاحوال تكون التغيرات المذكورة عبارة عن أدوار متأخرة أو انتهاآت للانسكابات الدموية السددية ولاغرابة فى كون هذا الانتهاء يحصل فى الاحوال التى فيها تكون السدد ناشئة عن جزيئات آتية من المنسوجات المتقرحة أو المتغنغرة فانها تؤثر فى الاجزاء المحيطة بها كمهيج شديد التهابى بحيث تتكون هذه الخراجات الصغيرة فى أقرب زمن والذى يؤيد ذلك ان الانسكابات الدموية السددية فى أمراض القلب التى فيها تكون السدد بسيطة غير مهيجة لما حولها من المنسوجات ومتكونة من مواد ليفية منعقدة يكون انتهاؤها بالالتهاب

الرئوى المسدود بتكوين الخراجات نادرا والالتهابات التى تحصل فى هذا الشكل تكون غذائية لامفسدة ولامقرحة وغالبا تؤدى الى تكونات خلوية بها يتكيس الانسكاب الدموى

ومع ذلك قد يظهر فى بعض الاحوال تكون الخراج والغنغرينا الرئوية المحدودة التى تكون انتهاء نادرا فى كلا شكلى الانسكاب الدموى السددى الذى يحصل بالكيفية الآتية وهو أن هذا الانسكاب وانضغاط الاوعية الشعرية ينشأ عنه تعقدات ليفية ثانوية فى الاوعية المغذية للرئة اعنى الاوعية الشعبية اى الخاصة بجوهر الرئة وبذلك يمتنع وصول المادة المغذية الى محل الانسكاب الدموى السددى فيقع فى التنكرزاى فى الفساد والغنغرينا

(الصفات التشريحية)

يندر أن يوجد الدم سائلا فى الاحوال الحديثة عند فعل الصفات التشريحية والغالب أن يكون منعقدا ويسهل توجيه ذلك متى علمنا انه يعسر انقذاف الدم من محل انسكابه بحيث انه اذا عاش المريض زمنا طويلا بعد حصول النزيف فان الجزء السائل من الدم يمتص والقابل للانعقاد يبقى فان الدم يمكن انقذافه من الشعب بسهولة بواسطة حركات السعال والانقباضات العضلية للشعب وحركتها الخلية وأما الخلايا الرئوية فلا يمكنها أن تستفرغه بالكلية بواسطة حركات الزفير القوية حيث انها لاتحتوى على الياف عضلية ولاخمل بشرى هدبى

والسدد الدموية التى تصاحب أمراض القلب تكون على هيئة نويات من حجم الفندقة الى بيضة الدجاجة ذات لون أحمر محمر أو اسود محضا وتكون خالية عن الهواء يابسة بحيث يحس بها من الظاهر على هيئة عقد صلبة وعند شقها يظهر لها هيئة حبيبية غليظة غير متجانسة وبواسطة المشرط يمكن كشط مادة مسمرة أو مسودة وجوهر الرئتين فى محيط هذه النويات الواضحة التحديد يكون كثير الدم أو اوذيماويا بواسطة الاحتقان التواردى ومجلس هذه النويات يكون غالبا اما فى مركز الرئتين والفصين السفليين او بقرب جدر الرئتين ويندران يكون فى دائرة الرئتين وعند البحث بالمكرسكوب توجد الخلايا الرئوية ممتلئة بكرات دموية وزيادة على ذلك فانه

يوجد خارجا عن هذه الخلايا كرات دموية متجمعة فى جوهر هذا العضو ثم ان تأخر موت المريض صار لون السدد باهتا مصفرا ويعترى المادة الليفية استحالة شحمية ويحصل لبعض المادة الليفية تحال والبعض الآخر ينتشر فى الاجزاء المجاورة وفى الادوار الاخيرة تمتص هذه المادة الليفية المتشحمة ويستحيل جزء من المادة الملونة للدم الى مادة مسودة فيبقى أثر السدد الدموية على هيئة اصفار مسودة مندمجة

وفى الاحوال النادرة التى فيها يحصل الانتهاء بتكوين خراجات يمكن أن يتكيس الخراج فيتكاثف متحصله ويستحيل الى مادة جبنية طباشيرية واما انتهاء السدد الدموية بغنغرينا الرئة المحدودة فسنتكلم عليه فى المبحث الثانى عشر

وقد ذكرنا فيما تقدم لاجل ايضاح كيفية حصول الانسكاب الدموى السددى الانتقالى صغر حجمه وشكله الاسفينى ومجلسه الدائرى وأما لونه وقوامه وسهولة تمزق اسطحة شقه فهى كالسدد الدموية التابعة لامراض القلب والبحث بالمكرسكوب يدلنا على ماذكر وعند انتهاء هذه الانسكابات بكل من الالتهاب الرئوى أو الخراجات الرئوية الانتقالية يحصل ابتداء فى مركز البورة تحلل وتغير فى اللون فتنشأ مسافات خالية ممتلئة بمادة مصفرة متكونة من بقايا الجوهر الرئوى الفاسد ومن بقايا الدم المنسكب ومشتملة على مواد ليفية ولا تحتوى على كرات صديدية وعند صب الماء على سطح الشق تشاهد بقايا الجوهر الرئوى سابحة فى هذه المسافات الخالية وعما قريب يمتد الفساد بحيث لا يكاد يشاهد فى دائرة الخراج أثر من المواد المندمجة المحيطة به وان كان مجلس الخراج اسفل البلورا تكون فيها اتراكمات ليفية مصفرة بها تلتصق وريقتا البلورا بحيث تظهر النوبات تحتها على هيئة عقد مستديرة دملية كما قاله (روكتنسكى)

(الاعراض والسير)

ولنتكلم هنا على اعراض الانسكابات الدموية السددية التى تحصل فى أمراض القلب والسدد الدموية الانتقالية كلا على حدته فان صفة المرضى تختلف فى هذين الشكلين وان اتحدا بالكلية بالنسبة للتغيرات التشريحية

للرئة الا أن بينهما فرقا عظيما بالنسبة للمرض الاصلى

ففى بعض الاحوال يكون طرق الانسكابات الدموية واضحا جدا متى انضم لافة عضوية مزمنة فى القلب واعراضها واضحة بحيث يمكن تشخيصها مع التأكيد وفى أحوال أخرى يتعسر أو يتعذر اثبات وجودها بالكلية ومجموع الاعراض الواصف الذى يحكم به على تكون انسكابات دموية سددية أو عدة منها فى الرئة عند وجود أمراض فى القلب هو ضيق النفس الذى يحصل فجأة ويرتقى احيانا الى درجة الاختناق وينضم له سعال مصحوب بنفث مخصوص مدمم واحيانا أخرى تظهر علامات تكاثف الرئة تكاثفا محدودا وظواهر الالتهاب الرئوى أو البليوراوى عند تقدم سير هذا المرض وكون انسداد فرع او عدة فروع من الشريان الرئوى يؤدى الى ضيق نفس شديد أمر واضح فان فعل التنفس الطبيعى لايتم بكيفية طبيعية الا متى حصل تجدد الهواء فى الخلايا الرئوية وتجدد الدم فى الاوعية الشعرية الرئوية بكيفية طبيعية أيضا فلابد وان يحصل ضيق فى النفس سواء امتنع دخول الهواء أو الدم فى جزء مخصوص من الرئة أى سواء كان المنسد فرعا شعبيا او فرعا عظيما من الشريان الرئوى والنفث الذى يقذف من السدد الدموية يشابه بالكلية النفث الذى يشاهد فى ذات الرئة (اى الالتهاب الرئوى) بسبب امتزاج الدم بالمواد المخاطية امتزاجا تاما الا انه هنا يكون اقل لزوجة ويكاد يكون على الدوام ذا لون قاتم ويستمر خروج النفث زمنا طويلا أكثر منه فى ذات الرئة وربما استطالت مدته من ثمانية ايام الى اربعة عشر وتكاثف الجوهر الرئوى المحدود لايمكن معرفته بواسطة أصمية صوت القرع وظهور خرخرة فقاعية رفيعة او نفخ شعبى فى جزء محدود من الصدر الا فى الاحوال التى توجد فيها سدد دموية عظيمة ممتدة الى دائرة لرئة ومثل هذه الاحوال وان شوهدت الا أنها نادرة وبالجملة فوجود ارتشاحات رئوية التهابية أو انسكابات التهابية فى تجويف البليورا بعد حصول ضيق النفس وخروج النفث المدمم يؤيد تشخيص السدد الدموية فانه يعقبها غالبا التهابات فى الجوهر الرئوى المحيط والتهابات ايضا فى البليورا وهو الغالب

ثم انه ينضم للاعراض المذكورة المتعلقة بانسداد فرع شريانى أو جملة فروع

من الشريان الرئوى اوبالنزيف الشعرى الرئوى اعراض أخرى تتعلق فى بعض الاحوال بسدد القلب الايمن وتعتبر حينئذ اعراضا واسطية للسدد الدموية وهى عدم الانتظام الفجائى للنبض واتساع أصمية القلب فجأة والزوال الفجائى للغط مرضى كان فيه من قبل وهذا الاخير هو الواصف والدال بالاغلب على المرض الذى نحن بصدده والذى نبهنى على توجيه هذا العرض مشاهدات الطبيب (برهارد) وتأيد ذلك عندى بالتجارب والهيئة المرضية للسدد الدموية تصير أكثر اتضاحا متى انضمت الظواهر المرضية المذكورة أخيرا الى الاعراض الاواسطية للسدد الدموية لكن حيث ان السدد السيارة يمكن انفصالها من سدد ذاتية قلبية صغيرة لاتحدث ظواهر مرضية مشخصة فتسبح مع الدم ينبغى للطبيب تشخيص الانسكابات السددية الدموية الرئوية مع التأكيد ولو فقدت اعراض السدد الذاتية القلبية أعنى ولو بقى النبض منتظما ولم تصر أصمية القلب عريضة واستمرت الالغاط المرضية وذلك متى ظهرت علامات واضحة من اضطراب الدورة ونزيف شعرى فى الرئة فى أثناء سير مرض القلب ثم ان تأملنا الى كون الدم المنسكب فى الخلايا الرئوية فى أحوال الانسكابات الدموية السددية من الرئة لا يتقذف بالسعال الواصف الى الخارج وانه فى أثناء سير أمراض القلب تحصل نوب ضيق نفس شديدة بكيفية مختلفة وان السدد الكائنة فى باطن الرئة لاينتج عنها دائما اعراض طبيعية اتضح لنا بسهولة كون هذا المرض الذى تشخيصه فى أحوال كثيرة ليس فيه أدنى صعوبة لايمكن معرفته ولا الظن بوجوده فى الاحوال التى تكون فيها المرضى قصيرى النفس ومصابين بالاستسقاآت اوفى حالة غير مطاقة وينبغى معرفة كونه قد يوجد فى جثة الهالكين بأمراض فى القلب انسكابات سددية دموية رئوية بدون أن كان يظن بوجودها مدة الحياة

ثم انه يكاد يصل على الدوام فى الدورة مع السدد السيارة جزيئات سائلة من متحصلات التهابية أوتقرحية فان نشأ عن الاولى سدد دموية انتقالية نشأ عن الثانية ظواهر مرضية تسممية دموية صديدية اوسبتيكيما (اى تسممية تعفنية) دموية تصطحب بحمى شديدة وقشعريرة متكررة والتهابات تقيحية فى الاغشية المصلية وغير ذلك وبماذكر يتضح كون أغلب المرضى

المصابين بسدد دموية انتقالية رئوية في حالة انحطاط عظيم في الجسم واضطراب في القوى العقلية بتأثير الحمى الضعفية الشديدة وكونهم لا يشتكون باعراض من جهة الصدر ولا بسعال وعند كثير من المرضى لا تفقد الظواهر المحسوسة فقط للمريض بل تفقد أيضا اعراض المرض الرئوى المدركة للطبيب بل من القاعدة العمومية انه عند فتح جثث الاشخاص الهالكين بالابيميا أو السبتكيميا في أثناء تقيحات أو تقرحات دائرية توجد دائما سدد انتقالية في الرئة والحالة الكامنة في السدد الرئوية الانتقالية سهلة الادراك متى تأملنا للاعراض التي يبنى عليها تشخيص الانسكابات الدموية السددية عند وجود أمراض في القلب فضيق النفس العظيم الذى ينشأ في تلك الانسكابات عن انسداد فروع عظيمة من الشريان الرئوى ينعدم في السدد الانتقالية التي لا تسد فيها الا فروع صغيرة جدا والدرجة الخفيفة من ضيق النفس فيها لا يدركها المريض المصاب وكذا ينعدم كل من النفث الدموى الواصف فان المرضى لا يكون عندهم سعال فضلا عن النفث وبالجملة فان السدد الانتقالية لا تؤدى مطلقا الى أصمية محدودة في صوت القرع ولو كان مجاسها دائرة الرئة بسبب قلة امتدادها ولا الى نفخ شعبي ويندر أن تشتكي المرضى في بعض أحوال السدد الانتقالية بآلام ناخسة في صقر محدود من الصدر وان تقذف نفثا أحمر صمر امائعا وزيادة على ذلك لو سمع في الصقر المؤلم لغط احتكاكي وكان المرض الاصلي من الامراض التي تؤدى بحسب التجارب الى سدد انتقالية في الرئة بكثرة كجروح الرأس الواصلة الى الطبقة الاسفنجية جاز تشخيص سدد رئوية انتقالية مع التأكيد ومع ذلك فالذى اجزم به ان مثل هذه من الاحوال النادرة

(المعالجة)

معالجة الانسكابات الدموية السددية الرئوية لا تكون الا عرضية وينبغى الاحتراس من اعتبار ضيق النفس في الانسكابات المصاحبة لامراض القلب عرضا من الاحتقان الرئوى الشديد فمن المعلوم انه ينشأ عن أنيميا بعض أجزاء الرئة والفصد غير الضرورى وربما يسرع في الانتهاء المحزن لكونه يزيد في هبوطها وأنيميتها وانما في الاحوال التي فيها انسداد أحد الفروع

الشريانية من الشريان الرئوى يؤدى لاحتقان تقممى جانبى فى بعض أجزاء الرئة أو اوذيما تقممية جانبية فيها و يكون ضيق النفس ناشئا عنهما يسوغ فعل استفراغ دموى مع الاحتراس بالمحاجم التشريطية أو الفصد والاولى الاقتصار على اعطاء المريض المنبهات من الباطن حتى يقوى النبض الضعيف وترجع حرارة الجلد ثانيا واستعمال اللبخ الخردلية على الاطراف او الحمامات الفاترة اليدية والقدمية ومن النادر أن يكون النفث الدموى غزيرا جدا بحيث يحتاج الى استعمال الوسايط الموقفة له التى ذكرناها فى المبحث السابق وكل من الالتهاب الرئوى والبلوراوى الذى لا يندر ان يطرأ فيما بعد يستدعى استعمال الاستفراغات الدموية الموضعية والتبريد وغيرهما من الوسايط العلاجية المضادة للالتهاب

(المبحث الثامن)

(فى النزيف الرئوى المصحوب بتمزق فى جوهر الرئة المعروف بالسكتة الرئوية)

(كيفية الظهور والاسباب)

هذا الشكل من النزيف الرئوى يحدث تمسكا فى جوهر هذا العضو ينتج عنه تجويف عارضى فيه وحصول ذلك دائما ينتج من تمزق اوعية غليظة او تأكلها سيما الاوعية الشريانية ولا يكاد يحصل من تمزق اوعية شعرية و يندر حصول هذه الآفة من الاستحالة الجبنية فى الشريان الرئوى وتمزق اورامه الانوريزماوية والغالب حصول السكتة الرئوية من جروح الصدر النافذة او الارتجاج الرئوى او الرضى الشديد الواقع على الصدر

(الصفات التشريحية)

يشاهد فى الرئة بورات ممتلئة بدم سائل منعقد ومحاطة باهداب متمزقة من جوهر الرئة واذا كان مجلس السكتة الرئوية دائرة هذا العضو أمكن تمزق البلورا وانسكاب الدم فى تجويفها وعادة هذا النوع ان يكون قتالا بحيث لا يوجد عندنا الا قليل فى المشاهدات لاتمام هذه البورات السكتية الرئوية

(الاعراض والسير)

اعراض هذا النوع تنحصر فى النفث الدموى الذى يخرج بقوة عظيمة جدا

بحيث يؤدي الى الهلاك في اقرب وقت ويكون حصول ذلك عقب جرح عظيم في الصدر وربما حصل الموت أحيانا بالاختناق بسبب امتلاء الشعب بالدم واحيانا يحصل الموت عقب النزيف الباطني وجميع هذه الاعراض ليس للصناعة فيه مدخل ولا ادنى تأثير

(في الالتهاب الرئوي) (المسمى قديما بذات الرئة)

ينقسم الالتهاب الرئوي الى ثلاثة اشكال الاول الالتهاب الرئوي الليفي وهو عبارة عن تغير مرضي يحصل في الخلايا الرئوية مشابهة لما يحصل في الغشاء المخاطي الحنجري عند اصابته بالالتهاب ذي الغشاء الكاذب الثاني الالتهاب الرئوي النزلي واوصافه كاوصاف التغير المرضي الذي سميناه بالالتهاب الحنجري والشعبي النزليين وفي سيره يشاهد ازدياد في الافراز وتكوّن الخلايا الجديدة (اعني الجسيمات الصديدية) بدون ان يوجد مع ذلك نضح قابل للانعقاد في الخلايا الرئوية فكل من شكلي هذا الالتهاب يحصل نضحه المرضي على السطح السائب من الخلايا الرئوية بدون ان يكابد نفس المنسوج الرئوي تغيرات مرضية غذائية الثالث الالتهاب الرئوي الخلالي وهو عبارة عن التهاب جدر الخلايا الرئوية والمنسوج الخلوي الكائن بين فصيصات الرئة وحيث ان هذا الاخير يكون دائما في النوع الانساني مزمنا سمي بالالتهاب الرئوي المزمن

(المبحث التاسع)

(في الالتهاب الرئوي الليفي)

(كيفية الظهور والاسباب)

يقال في كيفية ظهور الالتهاب الرئوي الليفي ما قيل في المبحث الثاني من الفصل الاول من الكلام على التغيرات الالتهابية الليفية والفرق بينه وبين الالتهابات الدفتيرية فانه في هذا الالتهاب يحصل تراكم لنضح الكثير الليفية السريع الانعقاد على السطح السائب من الخلايا الرئوية ويشتمل في باطنه على الخلايا البشرية الطبيعية من الحويصلات الرئوية والاخلية الجديدة المتكوّن في هذا المرض وفي هذا الشكل يعود الغشاء المخاطي بسرعة الى حالته الطبيعية عقب انفصال النضح الليفي المرضي

ثم ان هـذا الالتهاب الرئوى قد ينشأ أحيانا عن تأثير بعض الامراض التسممية الحادة ويكون اذ ذاك شبيها بالالتهاب النزلى فى المسالك الهوائية التى تظهر من جملة اعراض الحصبة والتيفوس الطفحى ونحو ذلك ولكون هذا النوع من الالتهاب أكثر ما ينشأ عن الامراض التسممية الحادة لاسيما التيفوس فالاوفق تسميته بالالتهاب الرئوى الثانوى وتمييزه عن الالتهابات الرئوية الاولية الذاتية اى غير المتعلقة بغيرها من الامراض العمومية ومع ذلك فلا يسوغ تسمية كل نوع من الالتهابات الرئوية التى تصاحب بعض الامراض المزمنة وتضاعفها بالالتهابات الرئوية الثانوية

ثم ان الاستعداد للاصابة بالالتهاب الرئوى الاولى الليفى يوجد فى جميع أطوار الحياة حتى فى سن الكهولية لكن يندر وجوده فى سن الرضاعة وفى السنين الاول من الحياة والرجال أكثر اصابة به من النساء لكن لا تختص كثرة الاصابة به بل باقوياء البنية الكثيرى الدم الا ان ضعفاءها الناقهين من أمراض ثقيلة اومن أصيب به من قبل أكثر عرضة للاصابة به وكثيرا ما يضاعف الالتهاب الرئوى بعض الامراض المزمنة التى ينتج عنها فقر الدم والنحافة والنهوكة فان كثيرا من المرضى الماكثين بالمارستان بأمراض ثقيلة أخرى يهلكون بالتهاب رئوى يطرأ عليهم

وكثيرا ما تكون الاسباب المتممة لهذا المرض منبهمة علينا كما أنه كثيرا ما يشاهد الالتهاب الرئوى متسلطا منتشرا فى اثناء تسلطن الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب والروماتزم الحاد والحمرة الجلدية وغيرها من الآفات الالتهابية بدون تعرض الاشخاص المصابين به لاسباب مرضية مدركة وتسلطن هذه الامراض الالتهابية الناتج عن مؤثرات جوية أوارضية غير معلومة يعبر عنه بتسلطن ما يسمى بالبنية المرضية الالتهابية وبالخصوص يشاهد هذا التسلطن الوبائى فى اثناء الشتاء الصعب البرودة المستطيل المتسلطن فيه الارياح الشمالية ومع ذلك فكثيرا ما يتسلطن هذا الالتهاب فى الاحوال الجوية المغايرة لذلك ويظهر أن التقاويم الطبية التى كادت تثبت تسلطن الالتهابات المذكورة فى البلاد الشمالية والبقاع المرتفعة وقع الشك فى حقيقتها فى العصر الاخير

ومما يعد من الاسباب المتممة للالتهاب المذكور المهيجات اللاواسطية التى تصيب الرئة كالهواء البارد جدا والحار كذلك والاجسام الغريبة التى تنفذ فى المسالك الهوائية وتسد بعض الفروع الشعبية وكسر الاضلاع وجروح الصدر ومع ذلك ففى كل خمسين حالة من الالتهاب المذكور لا يكاد يوجد واحد من هذه الاسباب فيها كما ان الالتهاب الرئوى الليفى يندر وجوده حول لتولدات الجديدة المرضية الرئويه والسدد الدموية الرئوية

وأما تأثير البرد واحداثه للالتهاب الرئوى فذلك لا يمكن اثباته فى الاحوال الراهنة غالبا فانه على الدوام لا يعلم ان كان تاثير برد من نوع مضر جدا خلاف الذى يتعرض له المريض دائما بغير ضرر سبق حصول الالتهاب الرئوى ام لا ولذا اضطربت الاقاويل فى تاخير البرد واحداثه للالتهاب الرئوى المذكور

(الصفات التشريحية)

يكاد الالتهاب الرئوى الليفى يصيب على الدوام جزأ عظيما من الرئة ويبتدئ فى الغالب من جذع الرئة ثم يمتد الى فصها السفلى ثم فيما بعد الى العلوى وقد تصاب احدى الرئتين بتمامها أو يمتد التغير الالتهابى الى الاخرى ويختلف امتداد هذا الالتهاب فى الشيوخ والمنهوكين فتصاب منهم أولا الفصوص العليا ثم يمتد الالتهاب فيما بعد الى السفلى

ولهذا الالتهاب الرئوى ثلاثة ادوار تشريحية الاول دور الاحتقان الدموى الثانى دور التكبد الثالث دور الارتشاح التقيحى

ففى الاول يظهر جوهر الرئة أحمر داكنا أو مسمرا ثقيلا متكاثفا فاقد المرونة وبالضغط عليه بالاصبع يبقى فيه انبعاج وعند شق الجزء الملتهب لا تظهر الفرقعة المخصوصة الا قليلا ويسيل منه سائل محمر أو مسمر لزج

وفى الدور الثانى يفقد الهواء من الخلايا الرئوية بالكلية وتكون ممتلئة بسدد صغيرة من مواد ليفية منعقدة ملونة باللون الاحمر بسبب اختلاطها بالدم ومثل هذا النضح يحصل أيضا فى انتهاء الفروع الشعبية وتكون الرئة فى هذا الدور ثقيلة بحيث ترسب فى الماء ولا يسمع عند شقها الفرقعة المخصوصة وتكون متكاثفة الانهار خوة سهلة التمزق وسطح الشق يظهر بهيئة حبيبية عند سقوط الضوء عليه بانحراف ويكثر وضوح هذه الهيئة

اذا كانت الخلايا الرئوية منسمة بخلافها فى الاطفال ذوات الخلايا الرئوية فلا يكثر وضوحها ولا يتبين نزع هذه التحببات أعنى السدد الليفية عند كشطها بحد المشرط بل تكون ملتصقة التصاقا متينا بجدر الخلايا الرئوية وكل من هيئة الجوهر الرئوى الحبيبية وكثافته وسهولة تمزقه ولونه المحمر يكسب سطح الشق هيئة شبيهة بجوهر الكبد ولذا سميت هذه الحالة بالتكبد الاحمر وقد يكتسب هيئة مرمرية أو صوانية بسبب وجود المادة الملونة وتراكمها فيه وبسبب اللون لبيض افوهات الشعب والاوعية المقطعة وعند تقدم هذا الدور يتناقص اللون الاحمر من الرئة المتكبدة شيأ فشيأ اما بسبب زوال الاحتقان أو المادة الملونة للدم بحيث تكتسب الرئة لونا سنجابيا أو مصفرا مع بقاء جوهرها على حالته المتكاثفة الحبيبية (وهذا ما يسمى بالتكبد السنجابى أو الاصفر) وبالبحث بالمكرسكوب عن الرئة المتكبدة يتضح فى الخلايا الرئوية زيادة عن المادة العديمة الشكل مادة ليفية منعقدة مكونة لشبكة رقيقة وتكون أخلية جديدة بكثرة آتية فى الظاهر من الاخلية البشرية المغطية لباطن الخلايا الرئوية ومتى حصل التحلل فى هذا الدور اعترى كل من المواد الليفية المنعقدة والاخلية الجديدة المتشبثة بها استحالة شحمية وتحلل بدون أن تتكون مع ذلك كمية عظيمة من أخلية جديدة كما يحصل ذلك فى دور الارتشاح الصديدى ويتضح من جدر الخلايا الرئوية مادة مصلية زلالية فيتحلل محصل الخلايا الرئوية ويستحيل الى مادة شبيهة بالمستحلب وهذه المادة بعضها ينقذف بالنفث وبعضها يمتص وفى الالتهابات الرئوية التى فيها يكون النضح قليل الليفية والانعقاد يظهر بعض تنوع فى هذه الصفات التشريحية المذكورة فيكون الصفر المتكبد رخوا وسطح الشق أملس بدون اتضاح التحبب وهذا الشكل يشاهد بكثرة فى الالتهابات الرئوية الثانوية التى تحصل مدة سير التيفوس وفى الالتهابات الرئوية فى الشيوخ

وأما الدور الثالث اى دور الارتشاح القيحى ففى وصل الالتهاب الرئوى اليه يشاهد ازدياد تكون الخلايا الجديدة مع انحلال المواد الليفية المنعقدة بالكيفية التى ذكرناها فتزول التحببات وسطح الشق يكون لونه سنجابيا باهتا

او صفراو يسيل منه قيح سنجابى محمر كثيف يستخرج بسهولة عند الضغط على جوهر الرئة ومنسوج هذا العضو يكون هشابالكلية يسهل تمزقه بأدنى ضغط بالاصبع ومع هذا فجوهر الرئة الدقيق لا يتغير فانه لا يحصل منه أدنى تلاش (وهذا خلاف ما يحصل فى الخراجات الرئوية) وفى هذا الدور يمكن حصول الشفاء التام اما عقب انقذاف متحصل الخلايا الرئوية المتقيح مع النفث أو امتصاصه عقب استحالته الى الحالة الشحمية

ومن انتهاآت الالتهاب الرئوى النادرة الانتهاء بتكون خراج رئوى فان شكل الالتهاب الرئوى الليفى المحض الذى نحن بصدده لا ينشأ عنه فساد فى المنسوج المصيب له وحينئذ فتى تكون الخراج فى الرئة وحصل فساد فى جوهرها قرب شكل الالتهاب الرئوى من الشكل الدفتيرى بحيث ان جوهر الرئة نفسه يرتشح ويتنكرز بسبب ضغط النضح الليفى عليه وبهذه الكيفية تتكون تجاويف صغيرة يجتمع فيها القيح مع جزيئات الجوهر الرئوى المتهتك وهذه التجاويف يكثر عددها أو يقل وباختلاطها ببعضها تتسع البورات الصديدية وباختلاط هذه البورات ببعضها تتكون خراجات عظيمة شاغلة لمعظم الرئة وهذه الخراجات العظيمة تهلك المريض اما بتقدم السل الرئوى التقرحى أو بانفجارها فى تجويف البلورا وذلك نادر وفى أحوال أخرى يتكون حول هذه الخراجات التهاب رئوى خلوى ندبى فتتكيس هذه الخراجات بواسطة منسوج ندبى مندمج ويصير سطحه الباطن أملس وعند بقاء استطراق هذه الخراجات بالشعب يخرج الصديد زمنا فزمنا الا أنه يتكون بدله قيح جديد ينفرز من باطن الكيس وعند انسداد هذا التجويف وانطباقه يحصل تكاثف فى القيح ويستحيل الى عجينة جبنية أو مادة كلسية عقب زوال الجواهر العضوية منه ويصير مخاطا بمنسوج ندبى

ومن انتهاآت الالتهاب الرئوى الاندر من السابق الانتهاء بالغنغرينا المنتشرة والظاهر انه لا يحصل الا عند انقطاع ورود الدم الى الاجزاء الملتهبة بالكلية عقب حصول تعقدات ليفية ممتدة فى تفرعات الشرايين الشعبية التى بها تتم تغذية الرئة وبذلك يمكن استحالة الالتهاب الرئوى فى دور التكبد الاحمر الى الغنغرينا الرئوية واستحالة النضح الالتهابى الى سائل صديدى

تجبنی والجوهر الرئوی الی مادة جبنية مسودة (راجع المبحث الثانی عشر)
ومن الانتهاآت الاكثر مما تقدم انتهاء الالتهاب الرئوی بالارتشاح الجبنی أو
كما يقال ولو خطأ بالارتشاح الدرنی وذلك انه متی كابد النضح الليفی فی الخلايا
الرئوية فی الدور الثانی أو الثالث من الالتهاب الرئوی استحالة شحمية هو
والاخلية الجديدة التی تملأ الخلايا الرئوية ولم تفرز من جدرها مادة مصلية
كافية لقلة ورود الدم الی الخلايا المذكورة بسبب ما فان هذه المادة الشحمية
تجف قبل ان تحال فتستحيل الی مادة جبنية مصفرة كثيرة الجفاف او قليلته
وسنتكلم فيما سيأتی علی التغيرات التی تكابدها أجزاء الرئة المرتشحة
ارتشاحا جبنيا ونذكر الخطأ فی تمثيل هذه الاستحالة بالتحبيبات الدرنية
الحقيقية واطلاق لفظ واحد عليهما

ومما يعد من الانتهاآت النادرة فی الالتهاب الرئوی المستطيل المدة الانتهاء
بالتيبس المعروف بسيروز الرئة وهذا الانتهاء ينشأ عن اشتراك جدر الخلايا
الرئوية والمنسوج الخلوی بينها فی الالتهاب عند استطالة مدته ونمو جوهر
خلوی محلها وسنشرح هذا الانتهاء مفصلا فی المبحث الحادی عشر

ثم ان أجزاء الرئة غير المصابة بالالتهاب تكون كما ذكرنا محلا للاحتقان شديد
وفی كثير من الاحوال تكون اصابة هذه الاجزاء بالاوذيما هی السبب فی
الهلاك وعند امتداد الالتهاب الی دائرة الرئة تشترك البليورا معها فی
الاصابة فتكون محلا للاحتقان وعانی رقيق متشحج أو بقع كدمية وتفقد
شفافيتها وتسترخی وتتغطی بطبقة خفيفة من مواد ليفية وتوجد التجاويف
اليمنی من القلب غالبا ممتلئة بالدم بسبب عوق استفراغه منها وأما
التجاويف اليسری منه فتكون فارغة لقلة ورود الدم اليها وبهذه الاسباب
يحصل امتلاء دموی عظيم فی الاوردة الودجية والجيوب الدماغية والكبد
والكليتين ويكون الدم ذا صفات مخصوصة فان معظم الدم الكائن فی
الاوعية الغليظة لا يكون سائلا بل منعقدا أو مستحيلا الی مواد صلبة
مصفرة وكذا يوجد فی القلب تعقدات ليفية متشبثة تشبثا متينا بالاعمدة
اللحمية فی القلب وصماماته وكذا يوجد فی جميع الشرايين تعقدات ليفية
مستطيلة بوليبوسية صلبة متماسكة

(الاعراض)

(الاعراض والسير)

أما اعراض الالتهاب الرئوى التابعى فسنذكرها عند الكلام على التيفوس حيث انه لا يمكن شرح الالتهاب الرئوى التابعى على انفراده بدون شرح اعراض المرض الاصلى تفصيلا

وأما الالتهاب الرئوى الاولى فيكاد يكون ابتداؤه على الدوام قشعريرة شديدة تمكث نصف ساعة أو بضع ساعات ثم يعقبها الاحساس بالحرارة ومن المعلوم ان الاحساس بالبرودة عرض محسوس للمريض فقط فان درجة الحرارة ترتفع مدة دور القشعريرة ارتفاعا واضحا بقياس الترمومتر ثم ان هذه القشعريرة فى هذا المرض مهمة من حيث التشخيص والحكم على العاقبة فانا لا نشاهد قشعريرات تضاهى شدتها قشعريرة هذا المرض الا فى الحميات المتقطعة وتسمم الدم العفن ونوب القشعريرة تتكرر مرات فى هذين المرضين بخلاف دور القشعريرة الذى يبتدئ به الالتهاب الرئوى فلا يحصل الا مرة واحدة غالبا مدة سير هذا المرض ولذا تعد أيام المرض من حصول القشعريرة ولا يندر أن يشاهد فى الاطفال بدلا عن القشعريرة نوبة تشنج وقد ينضم الى ارتفاع درجة الحرارة التى يندر أن ترتقى من ٣٩ الى ٤٠ مئينية فى اليوم الاول سرعة النبض وازدياد العطش واحمرار الوجه والتشكى بآلام فى الرأس والظهر والعجز وتكسر الاطراف وانحطاط عظيم فى القوى وضعف فى العضلات وبغطى اللسان وتفقد الشهية وربما حصل قئ وحيث لا يندر ان هذه الاعراض تسبق الظواهر الموضعية بيوم أو اثنين جاز أن تنسب الى تزايد المادة الليفية فى الدم حتى ان بعضهم بالغ فى ذلك وزعم ان الالتهاب الرئوى يعتبر ظاهرة بحرانية وان الاضطرابات السابقة التى ذكرناها لا تزول الا عقب استبعاد المادة الليفية الزائدة فى الدم وتجمعها فى الرئتين ومن المعلوم ان جميع هذه الظواهر متعلقة بالحمى فتوجد فى جميع الامراض الحمية اما كثيرة الوضوح أو قليلته سواء كانت المادة الليفية من الدم متزايدة أو متناقصة أو على حالتها الطبيعية ولا داعى الى بيان ان كل حمى ينتج عنها تغير فى الدم بسبب ارتقاء حركة التحليل العنصرى وزيادة احتراقه بحيث ان متحصلات التبادل العنصرى تختلط مع الدم بكمية عظيمة فى كل حركة حمية

وبسوء القنية اللبنى وارتقاء درجة حرارة الدم يوجه بسهولة تغير تغذية الاعضاء واضطراب وظائفها فى الامراض الحمية وهذا هو الاضطراب العام الحمى

ثم ان الحمى والاضطرابات العامة وان شوهدت قبل اعراض الاضطرابات الغذائية التى تكابدها الرئة الا أن ذلك يشاهد بكثرة فى غير هذا المرض من الامراض النزلية الحمية ونحوها من الالتهابات المصحوبة بحركة حمية وفى مثل هذه الاحوال يسوغ لنا القول بأن الاضطرابات الغذائية الالتهابية ابتدأت قبل الحمى وانها مكثت كامنة زمنا طويلا ولم تتضح بالآلام والسعال وعسر النفس وفى أحوال أخرى تعقب حالا اعراض اضطراب وظائف الرئتين القشعريرة الابتدائية أو تظهر معها فى آن واحد

ومن هذه الاعراض عسر التنفس وهو عرض ملازم للالتهاب الرئوى فان حركة تواتر التنفس الاعتيادية التى تبلغ فى الشبان من ١٢ : ١٦ : ٢٠ فى الدقيقة الواحدة ترتقى عند المصابين بالالتهاب الرئوى من ٤٠ الى ٥٠ فى الدقيقة الواحدة ويكون فى الاطفال أكثر سرعة من ذلك وبهذا تكون مدة التنفس أقصر من الحالة الطبيعية ويكون التنفس سطحيا بحيث يتقطع مدة الكلام ولو قليلا بمعنى ان التكلم يصير منقطعا وحيث ان الشهيق يحصل بسرعة مع الضجر يشاهد انقباض العضلات الرافعة لجناحى الانف مدة كل شهيق فيرتفع جناحا الانف ويظهر اضطراب حركتهما ثم ان قصر النفس أو عسره ينشأ عن جملة أمور منها أنه يحصل فى متسع سطح التنفس تناقص بحصول النضح فى الخلايا الرئوية وامتناع دخول الهواء فيها ومنها ان الاجزاء الرئوية غير الملتهبة تكون محلا للاحتقان دموى تقدمى جانبى فتنتفخ جدر خلاياها ويصغر حجمها ومنها ان المرضى تتنفس تنفسا سطحيا عادة فانها تحس بألم عند كل حركة شهيق عميقة ومنها وهو المهم زيادة الاحتياج لسرعة التنفس مع وجود هذه العوائق فانه فى أثناء كل حمى وازدياد الاحتراق العضوى يحترق كثير من الاوكسيجين ويتراكم فى الجسم كثير من حمض الكربون وسيتضح انه بتناقص الحركة الحمية يكاد يزول قصر التنفس بالكلية ولو مع بقاء عوائق التنفس المذكورة

ومن اعراض الالتهاب الرئوى ألم الجنب وهو عرض ملازم غالبا لهذا المرض بحيث لا يفارقه الا قليلا وفى غالب الاحوال يحس به المرضى فى المحال الملامسة فيها أجزاء الرئة الملتهبة لجدران الصدر وتارة تحس به فى محال بعيدة عن ذلك وربما أحست به فى الجهة المقابلة للجهة المريضة ولذا وقع الشك فى كون ألم الجنب الرئوى لا ينشأ الا عن اشتراك البليورا فى الالتهاب فقط

وكل من التنفس العميق سيما الشهيق العنيف كالذى يصاحب السعال والعطاس يزيد هذا الالم ازديادا عظيما وكذا يزداد بالضغط على الصدر وتزحزح العضلات بين الاضلاع والمرضى تصف هذا الالم بكونه ناخسا مختلف الشدة ويندر استمراره بنسبة واحدة فى الشدة بل يكون فى الابتداء هو العرض المؤلم للمريض ثم يتناقص أو يزول بالكلية وفى الالتهاب الرئوى عند الشيوخ أو المنهوكين يظهر هذا العرض وقتيا بل قد لا يحس به اذا كان مجلس الالتهاب قمة الرئة أو فصها العلوى وهذا الامر معرفته مهمة

ومنها السعال الذى ينضم بسرعة الى الحمى وقصر النفس وألم الجنب وهذا العرض يكاد لا ينعدم بالكلية الا فى الاحوال المذكورة أخيرا أعنى فى الالتهابات الرئوية التى تصيب الشيوخ ونحوهم ويكون السعال فى ابتدائه قصيرا رنانا مؤلما تهابه المرضى وتجتهد فى اطفائه وعند حصوله تنقبض وجوههم مع التألم بحيث يمكن الاستدلال من مشاهدة سحنة الطفل المصاب على انه مصاب بالتهاب شعبى أو رئوى ويكاد يظهر فى جميع الاحوال مع السعال النفث الخاص بالالتهاب الرئوى وهذا النفث عبارة عن السائل اللزج الشفاف الذى ينضح من الخلايا الرئوية مدة دور الاحتقان وهذا النفث يكاد يشتمل على مواد دموية فى جميع الاحوال فان النضح فى هذا الالتهاب يكاد يصحبه على الدوام تمزق فى الاوعية الشعرية وخروج الدم من أوعيته ولا يستثنى من ذلك الا الالتهاب الرئوى الشيخوخى فان النضح لا يكون فيه دمويا غالبا كما ان التكبد الرئوى الشيخوخى لا يكون ابتداء أحمر بل سنجابيا أو أصفر ثم ان النفث الرئوى يكون فى ابتداء هذا المرض لزجا دبقا بحيث يعسر انفصاله عن الفم ولذا تمسحه المرضى بالمنديل ويلتصق بقاع الاناء التصاقا متينا بحيث لو كفئ الاناء لا ينفصل عنه والدم المحتوى

عليه هذا النفث يكون ممتزجا به جدا بخلاف امتزاج الدم بالنفث الشعبي المخاطي ولون هذا النفث يختلف باختلاف الكمية المختلطة به من الدم فيكون تارة أحمر قانيا او تارة صدئيا ويندر أن يكون كالآجر وتارة أحمر مسمرا وبالبحث بالمكروسكوب تشاهد فيه كرات دموية كثيرة تسهل معرفتها بواسطة شكلها ولونها وتشاهد أيضا كمية قليلة من خلايا جديدة التكون وخلايا محتوية على مادة ملونة سوداء ناشئة من الخلايا الرئوية وأما البحث الكيماوى فيظهر في هذا النفث مادة زلالية تنعقد باضافة قليل من حمض الازوتيك اليها ومادة مخاطية تنعقد باضافة قليل من حمض الخليك المخفف اليها فتتكون عنها سحابة مخاطية على سطح مواد النفث المخففة ولا تخرج مع النفث من الخلايا الرئوية سدد ليفية الا انه في ابتداء الدور الثانى للالتهاب الرئوى توجد مواد لامنسوج لها في الظاهر الا انها عند حلها وتبعيد أجزائها عن بعضها والنظر اليها بالمكرسكوب تشاهد على هيئة تعقدات متفرعة تفرعات متوالية عبارة عن أخيطة ليفية رقيقة منطبعة في باطن التفرعات الشعبية الرقيقة ثم انه مع اتضاح مجموع اعراض الالتهاب الرئوى في اليوم الثانى وظهور علاماته ومعرفة المرض حينئذ بالبحث الطبيعي معرفة أكيدة تزداد شدة الحمى والاضطرابات العامة تبعا لها

وهذه الحمى لاتكون مستمرة تبعا للتجارب الدقيقة للطبيب توماس بل تكون مترددة أو قريبة من التردد ومعنى ذلك ان التقلبات التى تحصل في أثناء الثورانات والانحطاطات التى تتردد في كل يوم تكون اما عظيمة فتبلغ أربعة خطوط من درجة أو درجة بتمامها واما قليلة وحينئذ فلا تزيد عن خطين أو ثلاثة من درجة وأقل درجات الحرارة تكون وقت الصباح عادة وتبتدئ الثورانات قبل الظهر وتصل الى أشد درجتها اما في المساء أو بعد الظهر وغاية ارتقائها في الاحوال الثقيلة من ٤١ الى ٤١ و ٥ خطوط من درجة وفي غالب الاحوال يصير الانحطاط عظيما جدا عما في الايام السابقة على حلول البحران وتزداد درجة الحرارة احيانا قبل انطفاء الحمى مباشرة بحيث تصل الى درجة لم تكن وصلت لها من قبل

والنبض الذى تبلغ سرعته عادة في الالتهابات الرئوية ذات الشدة المتوسطة

من ٩٠ الى ١٢٠ ضربة فى الدقيقة الواحدة يمكن ان تبلغ سرعته من ١٣٠ الى ١٥٠ فى الدقيقة أو أزيد فى الاحوال الثقيلة بحسب ارتقاء درجة الحرارة ولا يندر أن يصير النبض صغيرا متواترا ولو كان فى ابتداء المرض ممتلئا صلبا وسبب هذه الظاهرة فى بعض الاحوال هو أن قوة انقباضات القلب تتناقص بتأثير درجة حرارة الجسم المرتقية الى درجة عظيمة وان ضعف انقباض القلب لا يكون له قدرة على قهر المقاومة التى يكابدها سيلان الدم فى الاورطى وبذلك لا يندفع الا القليل من الدم فتكون الموجة الدموية ضعيفة فيصير النبض صغيرا وهذا مطابق للنواميس العامة من ان النتيجة تكون على الدوام بنسبة القوة وبالعكس فى التناسب مع عظم المقاومة وفى أحوال أخرى وهو الغالب لا يكون وصول كمية قليلة من الدم الى شرايين الدورة العظمى متعلقا بضعف انقباضات القلب بل من قلة امتلاء البطين الايسر وفراغه فانه باشتداد الالتهاب الرئوى يحصل عوق عظيم فى الدورة بسبب وقوف الدم فى عدد عظيم من الاوعية الشعرية وانضغاطها بحيث لا يصل الى البطين المذكور كمية كافية من الدم ولو مع سرعة الدورة فى الاجزاء الرئوية السليمة

ويتضح مما سبق انه لابد وأن ينضم لما تقدم جملة ظواهر ناتجة عن صعوبة سيلان الدم من البطين الايمن وعوق استفراغ الدم الوريدى فى القسم الايمن من القلب الممتلئ بالدم امتلاء عظيما فيظهر فى الوجنتين احمرار داكن أو قانى وقد يظهر هذا الاحمرار وهو الغالب فى احدى الوجنتين فقط وذا عسر التوجيه وقد يكون لون الوجنة والشفتين معا بنفسجيا أو مزرقا وهذا سهل التوجيه

وألم الرأس الذى يصاحب من الابتداء هجوم هذا المرض يتزايد بتزايد الحمى مدة دوراشتداده ومتى حصل امتلاء عظيم فى المجموع الوريدى يزداد ارتقاء المرض فى الشدة جدا ويكاد ينضم دائما لالم الرأس ارق او اضطراب النوم باحلام مفزعة بل ويحصل للاشخاص العصبيين هذيان خفيف وهذه الاعراض متعلقة بالحركة الحمية وعوق استفراغ الاوردة المخية فلا يترتب على وجودها الحكم بوجود مرض مخى مضاعف للالتهاب الرئوى

ويتغطى اللسان فى هذا المرض بطبقة خفيفة مبيضة ويكون له ميل للجفاف وتفقد الشهية غالبا والعطش يشتد ويوجد امساك ولو لم يكن هناك مضاعفة بتغير مرضى فى أعضاء الهضم وجميع هذه الظواهر تكون تابعة للحمى ولذا يكاد توجد كذلك فى جميع الامراض الحمية ويعسر توجيه فقد الشهية وربما توهم ان الفقد اتزايد فى عناصر الجسم التى يحتاج اليها فى ازدياد حرارته فى أثناء كل مرض حمى يزيد فى الاحتياج الى تعويضها وازدياد فى تعاطى المطعومات ولا يوجد عندنا أدنى توجيه فى عدم احساس المرضى بهذا الاحتياج وأما توجيه كل من تغطية اللسان الخفيفة بطبقة مبيضة وميله للجفاف وازدياد العطش وجفاف المواد البرازية فواضح للغاية بسبب ازدياد فقد السائل بواسطة الجلد الذى يؤدى لجفاف جميع المنسوجات وتناقص جميع الافرازات

ومن عوق استفراغ دم الكبد يمكن أن يحدث امتلاء أوعية هذا العضو تمددا وضخامة فيه بل قد يحصل فى بعض الاحوال عوق فى استفراغ الصفراء من الخلايا الكبدية والقنوات الصفراوية فيظهر اليرقان وحيث ان الاوردة الكبدية تتصالب مع اقنوات الصفراوية فمن الجائز ان امتلاء الاولى يحدث ضغطا على الثانية وعوقا فى سيلان الصفراء فيؤدى ذلك لاحتباسها وامتصاصها لكن لا يظن حصول اليرقان بهذه الكيفية الامتى كان انتفاخ الكبد عظيما جدا او كانت المرضى فى حالة سيانوزية واضحة وفى الغالب تتعلق الظواهر اليرقانية فى أثناء سير الالتهاب الرئوى بالتهاب معدى ثزلى اثنى عشرى واليرقان فى هذه الحالة يكون شديدا جدا وينتج عنه تنوع فى صورة المرض وقد يكون سبب التلون الصفراوى انحلالا فى الدم أعنى تلاشيا فى الكرات الدموية به تستحيل المادة الملونة للدم السائبة الى مادة ملونة للصفراء خارجا عن الكبد

ثم ان الالتهاب الرئوى والحمى المصاحبة له لهما تأثير عظيم فى خواص البول ففى استطالات الحمى تتناقص كمية الماء من البول بسبب ازدياد التبخير الغير المحسوس فيصير البول مركزا كثقيل الوزن النوعى وزيادة على ذلك فان البول يحتوى على كثير من المتحصلات لازوتية فان المصابين بالتهابات

دموية المتغذين بأغذية خالية عن الازوت بالكلية يخرج منهم بول محتو على كثير جدا من الجواهر الازوتية أكثر من بول الاشخاص المتغذين باللحوم والبيض وغيرهما من المطعومات الحيوانية فقد شوهد فى المصابين بالالتهابات الرئوية افراز أربعين جراما من البولينا فى ظرف أربع وعشرين ساعة مع ان الكمية المنفرزة من السليمين المتغذين بالاغذية السابقة لم تبلغ الا ثلاثة عشر أو أربعة عشر جراما فى ظرف المدة المذكورة وهذا يثبت أكيدا ويدل على ازدياد الاحتراق العنصرى وحركة التحليل فى الالتهابات الرئوية كما يتأكد ذلك من التناقص العظيم فى وزن المرضى الذين برئوا من الالتهاب الرئوى ومتى برد البول المنفرز تعكر بسرعة لرسوب الاملاح البولية فيه وينشأ هذا التعكر بالاكثر عن تركز البول وقلة احتوائه على كمية من الماء كافية لحل هذه الاملاح فى درجة الحرارة المنخفضة وليس ناشئا عن ازدياد تكوينها فى البول فان تدفئة البول ولو خفيفة تكفى فى اذابتها وزوال تعكر البول

ومع ازدياد الجواهر الازوتية فى البول تتناقص الاملاح غير الازوتية فيه سيما الكلورات القلوية بل تفقد بالكلية عند ارتقاء المرض الى أشد درجة فاذا أضيف الى البول المحمض فى هذه الحالة بعض نقط من محلول أزوتات الفضة لا يشاهد فيه التعكر الواضح كبول السليمين الناتج عن كلورور الفضة ومن المعلوم ان معظم ملح الطعام للبول ناتج عن تعاطى الاغذية المشتملة على هذا الملح بحيث يمكن توجيه هذه الظاهرة بالحمية عند الاشخاص المصابين بالالتهاب الرئوى لكن حيث ان الاملاح الكلورية لا تنفقد فى بول الحيوانات الهالكة من الجوع بالكلية ساغ القول بأنه عند وجود هذه ظاهرة لا بد وأن الاملاح الكلورية المتحصلة من الاحتراق العنصرى تنعزل مع النضح الرئوى من الدم

ثم ان كلا من تركز البول وازدياد البولينا فيه وتناقص الاملاح الكلورية وظهور المواد الملونة الصفراء فى البول ينتج ولا بد عن اختلاف فى صفة العناصر الواصلة الى الكلية لتكون البول فيها وعكس ذلك يقال فى ظهور المواد الزلالية فى البول عند المصابين بالالتهابات الرئوية الثقيلة كما يشاهد

ذلك بكثرة وهذه الظاهرة تتعلق فى بعض الاحوال باحتباس الدم فى الاوردة الكلوية اذ من المعلوم أن ربط هذه الاوردة الكلوية فى الحيوانات ينتج عنه بول زلالى صناعى والبول الزلالى فى أمراض القلب يكون ناشئا ولا بد عن احتقان الدم فى المجموع الوريدى الكلوى وأما البول الزلالى فى المصابين بالتهابات رئوية ثقيلة فلا يمكن نسبته لاحتباس الدم فى المجموع الوريدى المذكور الا اذا وجد مع ذلك اعراض أخرى من احتقان الدم الوريدى البالغ الى أقصى الدرجات فى الدورة العظمى وظواهر سيانوزية وانتفاخ فى الكبد ونحو ذلك وفى غالب الاحوال يكون سبب البول الزلالى فى الالتهاب الرئوى هو الاستحالة الجوهرية للكليتين كما سنوضح ذلك فيما سيأتى وهى عبارة عن تكدر وانتفاخ الطبقة البشرية الكلوية وتلاشيها العنصرى وهذه الاستحالة الجوهرية للكليتين والبول الزلالى المتعلق بها نشاهد فى أثناء سير الامراض الحمية المختلفة وهى ولا بد ناتجة عن الارتقاء العظيم فى درجة حرارة الجسم أو سوء القنية الحمى وكلما كانت الحمى شديدة كان وجود الزلال فى البول عند المصابين بالتهابات رئوية كثيرا ولو لم توجد ظواهر احتباس دموى وريدى فى الدورة العظمى ثم ان سير وارتقاء المرض الذى شرحناه فيما تقدم لا ينتقل الى دور الانحطاط بالتدريج بل دفعة واحدة بحيث يكاد لا يشاهد هذا الانتقال السريع فى غيره من الامراض

فانه بعد معرفة الالتهاب الرئوى معرفة أكيدة بالعلامات الطبيعية فى اليوم الثالث أو الخامس أو السابع أو التاسع وهو النادر ومعرفة درجة امتداده وارتقاء درجة حرارته الى أربعين سنتيمية أو أكثر وبلوغ النبض منتهاه فى السرعة واشتداد حالة المريض وظهور اضطراب عنده عام وعسر التنفس تنحط درجة الحرارة فى ليلة واحدة انحطاطا عظيما وكذا تنقص سرعة النبض وتحصل راحة تامة للمريض بدل الاضطراب العام الثقيل ويتناقص عسر التنفس أو يزول بالكلية ولا يندر أن يصير كل من الحرارة والنبض طبيعيا فى ظرف ٢٤ ساعة أو ٣٤ ويتم انحطاط المرض وينام المريض ويتطلب الاكل ومن ثم يبتدئ معظم المرضى فى النقاهة وفى اثنائها كثيرا ما تنحط درجة الحرارة زيادة عن الحالة الطبيعية وينقص النبض حتى يصل الى ٤٠ ضربة

فى الدقيقة الواحدة بدون أن يكون المريض قد تعاطى ولو قدر فصة واحدة من الديجتالا والنفث الذى يزول منه الدم تارة بالتدريج وتارة فجأة واحدة يصير غزيرا لكن لا تصل هذه الغزارة الى درجة بحيث نضطر الى القول بأن معظم النضح الالتهابى امتص ولم يخرج منه بالنفث الا قليل وعندما يفقد النفث الدم المحتوى عليه يفقد ايضا لزوجته وشفافيته ويصير سهل الانحلال مصفرا وحينئذ يسمى بالنفث النضجى وتلون النفث بالصفرة ينشأ عن اختلاطه بأخلية جديدة يظهر فيها بعض أثر الاستحالة الشحمية أعنى فضلا عن احتوائه على كرات صديدية ونقط دهنية يحتوى على أخلية شحمية وفيما بعد يكون فيه نويات أخلية صديدية وكرات دهنية سائبة ثم ان الامتصاص وان كان يبتدئ بسرعة بعد تمام حصول النضح الالتهابى الا انه يمضى عليه بعض أسابيع حتى يتأكد الطبيب من زوال النضح الالتهابى الرئوى بتمامه بواسطة القرع والتسمع وقد يحصل التحلل أحيانا بسرعة عظيمة جدا فان شروط امتصاص النضح الالتهابى جيدة جدا لان كل جزء صغير منه محاط بشبكة وعائية مخصوصة فهى أجود من شروط امتصاص النضح البليوراوى الذى يحصل فى سطح واحد وعائى شعرى

ومعظم الالتهابات الرئوية يسير بالكيفية التى ذكرناها عند الاشخاص السليمين من قبل ويندر وجود أمراض مثل الالتهابات الرئوية لها سير واعراض ذات مشابهة تامة لها فى الاحوال المختلفة ماعدا الامراض التسممية الانتشارية ومع ذلك فالسير الدورى المنتظم لهذا المرض لم يعرف الا فى العصر الاخير وسبب ذلك ان هذا المرض كان يعالج معالجة قاسية غير صائبة فيضطرب سيره اذ من المعلوم انه فيما تقدم عن قريب كان يعتبر من الخطا العظيم معالجة الالتهاب الرئوى بدون الفصد مرة بل جملة مرات

(تنبيه) حصول انحطاط اعراض الالتهاب الرئوى فى الايام الفرد كاليوم الخامس أو السابع أو الثالث وهو نادر جدا كما ذكره الاقدمون وسموها بايام البحران وعضده كثير من المتأخرين ليس أمرا مطردا بل قد يحصل فى الايام الزوج كالسادس والثامن الى آخره

وفى بعض الاحوال لا يحصل البحران فى انتهاء الاسبوع الاول اذ أنه يحصل

انحطاط قصير يعقبه تناقل بسرعة فيمتد المرض الى الاسبوع الثانى فيزداد امتداد النضح الالتهابى وترتقى درجة الحرارة الى أقصى الدرجات وتصل سرعة النبض الى ١٢٠ نبضة فى الدقيقة الواحدة وكل من النضح الكثير الذى يصل الى ثلاثة ارطال تقريبا (كما يعلم ذلك من مقارنة وزن الرئة لسليمة بالمريضة) وارتفاع درجة الحرارة والنهوكة التى تنتج عن تولدها المستمر يكسب الحالة العامة للمريض صفة الضعف فيصير النبض صغيرا رخوا غير منتظم غالبا والاعين كابية غائرة بسبب امتصاص الشحم وسائر المنسوج الخلوى الكائن فى الحجاج واللسان كذلك يصير جافا متشققا ويضطرب الدماغ ويهبط المريض ويصير قلقا أو يحصل عنده هذيان شديد بحيث لا يمكن تنويمه فى الفراش فيقال حينئذ ان المرض اكتسب الحالة العصبية الضعفية والمرض فى هذه الحالة قد ينتهى بالشفاء فى اليوم الحادى عشر او السابع عشر ان لم يكن المريض وقع فى الضعف بسبب الفصد أو عدم معالجته معالجة صائبة الا ان النقاهة هنا تمتد بطء

ويحصل ظواهر مشابهة لما تقدم عند انتقال التكبد الاحمر الى الارتشاح الصديدى الا أن اعراض الضعف تظهر هنا بدون امتداد الالتهاب الرئوى فانه فى هذه الحالة أيضا تثور الحمى فى اليوم الخامس او السابع ويصير النبض صغيرا متواترا ويجف الغشاء المخاطى الفمى ويصير لزجا وتهبط السحنة ويحصل عند المريض هذيان أو أرق وترتفع درجة الحرارة جدا نحو المساء وقد تحصل نوب قشعريرة خفيفة ويصير النفث غزيرا مشتملا على أخلية مكابدة للاستحالة الشحمية وبذلك يتضح لنا انه لا يمكن التمييز بين هاتين الحالتين الا بالقرع والتسمع يعنى التمييز بين ثوران الالتهاب الرئوى وامتداده أو انتقاله من درجة التكبد الى الارتشاح الصديدى

ثم ان الالتهاب الرئوى متى أصاب الشيوخ أو الاشخاص المنهوكين من قبل فلا يتوقف الامر فى حصول اعراض الضعف على امتداد الالتهاب الرئوى وبطء سيره أو انتقاله الى دور الارتشاح الصديدى بل ان هذه الاعراض تطرأ بسرعة وتعقب حالا القشعريرة الابتدائية وهجوم المرض بحيث ان اضطراب وظائف الرئة تختفى باعراض حمى الضعف فمثل هؤلاء المرضى لا يشتكون

با آلام مطلقا او يوجد عندهم سعال قليل وقد لا يوجد بالكلية وكذا لا يشاهد فيهم النفث الخاص بالالتهاب الرئوى وسرعة التنفس تذهب هنا الحمى ويقال ان المريض هلك بالسعال العصبى أو بالحمى المخاطية أو بالحمى المعدية العصبية وذلك فيما اذا اغتر الطبيب من ارتكانه الى الصورة الظاهرة لحالة المريض التى تشابه فى الحقيقة التيفوس لا الالتهاب الرئوى المصيب للشبان الاقوياء أو لم يبحث البحث الجيد بواسطة القرع والتسمع

لـ عند بعض الاشخاص الاقوياء البنية السليمين من قبل قد تظاهر بسرعة اعراض حمى الضعف وذلك متى تضاعف الالتهاب الرئوى بحالة نزلية حادة فى المعدة والمعى كما يحصل بكثرة ولا سيما متى امتد الالتهاب النزلى الى القنوات الصفراوية ونتج عنه احتباس فى استفراغ الصفراء وامتصاصها ومع ذلك ففى مثل هذه الاحوال كل من الالم والسعال والنفث الواصف لا يفقد كما فى الالتهاب الرئوى الذى يعترى الشيوخ غير ان تغطية اللسان العظيمة وتوتر البطن وانتفاخه والقىء المستمر والتبرز المتكرر المائى واللون اليرقانى للجلد والصلبتين يعطى للمريض هيئة مخصوصة ويحدث عنده ضعف عظيما وفى مثل هذه الاحوال يكون النبض سريعا جدا من الابتداء والحرارة مرتقية الى أعلى درجة وتشاهد بسرعة جميع اعراض الحمى الضعفية كالجفاف العظيم جدا فى اللسان واضطراب المراكز العصبية ونحو ذلك

وبالجملة فان صفة الالتهاب الرئوى قد تتنوع بالكيفية السابق ذكرها متى اعترى هذا المرض السكارى وذلك كثير الحصول جدا ومع هذا فقد يوجد بعض خصوصيات ينبغى التنبه عليها وذلك ان هذا المرض فى الابتداء يلتبس بصورة ارتعاش السكارى لان ظواهر القوى العقلية المتنوعة تنوعا غير طبيعى تتضح اتضاحا عظيما جدا بحيث لا يلتفت الى ظواهر الالتهاب الرئوى فان المرضى كثيرا ما لا يمكن حجزهم فى الفراش برهة واحدة مع التكلم على الدوام ويكونون فى حالة هذيان جنونى ويدعون انهم غير مرضى ويوجد عندهم الهوس والهذيان كالمدمنين على المشروبات الروحية الممنوعين من تعاطيها دفعة واحدة ويتخيلون رؤية ديدان وبعض حيوانات أخرى صغيرة ونحو ذلك ويطرحون غطاءهم على الدوام ويتصورون أن لهم قدرة على تعاطى اشغالهم

فعلى الطبيب فى مثل هذه الاحوال انه ولولم يشتك المريض بألم ولا سعال أن يبحث عنه بالقرع والتسمع مع غاية التأمل سيما ان كان عنده اعراض حمية اذ كثير من الاشخاص مريهلك وهو مكتوف باردان قميص الجنون ظنا انه متشح برداء ارتعاش السكارى وأظهرت الصفات التشريحية أن به التهابا رئويا وفى مثل هذه الاحوال تظهر كذلك ظواهر الضعف التى يناها سابقا فالنبض يصير صغيرا متواترا والجلد يتغطى بعرق غزير (وهذا دليل على شلل العضلات الجلدية) ويسمع على الصدر الغاط تشابه الغاط الغليان (وهذه علامة على الشلل الابتدائى للعضلات الشعبية) ويهلك المرضى باعراض الاختناق

وأما انتهاء الالتهاب الرئوى فكثيرا ما ذكرنا فيه حصول الشفاء السريع جدا فى الاحوال التى فيها يسيل النضح الالتهابى ويمتص بعد انتهاء التكبد بل وفى دور النضح الصديدى من الجائز حصول الشفاء التام أيضا غيران المرضى المنهوكة بواسطة الحمى المستمرة جملة أسابيع لاتعود للصحة الابطء عظيم جدا ومثل ذلك يقال فى جميع اشكال الالتهابات الرئوية الاخرى التى بها تشفى المرضى ولو مع وجود الحمى الضعفية التى تظهر مدة سير الالتهاب الرئوى البطىء السير

وأما الانتهاء بالموت مدة الدور الاول والثانى من هذا المرض فينتج غالبا عن كون الحويصلات الرئوية الغير الملتهبة تصير غير صالحة للتنفس عقب اصابتها بالاحتقان والاوذيما التقممين ومن النادر أن يكون حصول الموت ناتجا عن امتداد النضح الالتهابى وكل من عسر التنفس المرتقى الى أعلى درجة والنفث الغزير الزبدى أو السائل والخراخر الرطبة فى أجزاء الرئة الغير الملتهبة والانحطاط التام للمريض والتنفس والتقىء وبرودة الجلد هى العلامات الدالة على تنفس غير تام فى مثل هذه الاحوال وقرب الخطر العظيم الناتج عن التسمم بحمض الكربونيك فان لم يسعف المريض فى مثل هذه الاحوال اسعافا قويا ازدادت علته وهلك عقب اتضاح اعراض الاوذيما الرئوية والشلل الشعبى

ومن النادر جدا حصول الموت فى دور التكبد الاحمر عقب احتباس الدم فى الاوردة الدماغية وعوق استفراغها والارتشاح المصلى الناتج عن ذلك

واللون الازرق السيانوزى فى الوجه بانفراده لا يكفى فى الخوف من التهديد بالسيانوز الدماغى وكذا ألم الرأس والهذيان لا يكفيان فى ذلك فلا يرتكن اليهما فى اجراء الوسايط العلاجية التى يستدعيها مرض الدماغ لكن ان وقع المريض فى حالة تعمر وخمود بدون أن يمكن نسبة ذلك الى عوق التنفس وتشكى بثمل وخدر فى الاطراف وحصول انقباضات عضلية أو بعض شلل موضعى وقئ كان الخطر بحصول أوذيما دماغية مهددة للحياة عظيما فان لم يمكن مقاومة الاعراض الاخيرة المذكورة حصل الموت مع اتضاح اعراض الكوما

وقد يكون حصول الموت وهو الغالب فى دور التكبد بواسطة الضعف والانحطاط الكليين سواء أصاب المرض أشخاصا ضعفاء البنية بالكلية أو شيوخا يكون الالتهاب الرئوى فيهم ولو قليل الامتداد مرضا خطرا للغاية أومتى أصاب سكارى المحتاجين لتعاطى كمية عظيمة من المشروبات الروحية حتى يحفظوا التنبيه العصبى على حالته الطبيعية وبمجرد تركها يقعون فى ارتعاش السكارى فان عدم التعاطى من هذا المنبه والضعف الناتج عن الحمى يكسبان المريض حالة ضعفية عظيمة فيقع فى الشلل وسواء كان هذا المرض مضاعفا بنزلة معوية ويرقان يسرعان فى النهوكة أو حصل هذا المرض أخير الاشخاص أقوياء سليمين من قبل انتهكت قواهم بتمادى الحمى واستطالتها أو بغزارة النضح وفى جميع هذه الاحوال يزداد اضطراب الدماغ حتى يفقد المريض ادراكه بالكلية ويصغر نبضه شيأ فشيأ ويتغطى الجلد بعرق لزج فى نتهلك المرضى بالاحتقان الانجدارى الضعفى والاوذيماوى والاختناق

وكذلك يحصل الموت بعد ظهور اعراض مشابهة لما تقدم فى الدور الثالث أعنى دور الارتشاح الصديدى متى كانت قوى المريض غير كافية فى مقاومة المرض والنهوكة الحاصلة من شدة الحمى

وقد ينضم أثناء سير الالتهاب الرئوى للظواهر المرضية السابق ذكرها فى الحمى الضعفية العصبية مجموع اعراض مخصوص فالنبض يصير غير منتظم ويظهر يرقان خفيف ليس متعلقا باحتباس الصفراء ويصير البول زلالا والمرضى

يفقدون الادراك ويوجد عندهم فى الابتداء هذيان شديد ثم يقعون فى حالة خدر وا لشكل المرضى المذكور يطابق حينئذ شكل الالتهاب الرئوى الصفراوى المشروح فى الكتب القديمة سيما متى كان اليرقان شديدا للغاية وفى مثل هذه الاحوال نعتبر حصول تغير جوهرى فى كل من القلب والكبد والكليتين والدماغ والدم وينشرح الاستحالات الجوهرية فى الاعضاء المذكورة وتعلقها بارتفاع درجة الحرارة جدا أعنى ما يسمى بسوء القنية الحمى وكذا التناسب بين حصول اليرقان والاستحالة الجوهرية فى الكبد كلا على حدته فى محله

ومن جملة انتهاآت الالتهاب الرئوى التى سبق ذكرها استحالة هذا المرض وانتقاله الى حالة خراج لكن اذا تغيرت القشعريرة الخفيفة التى تصحب الارتشاح الصديدى بقشعريرة تتردد فى كل مساء وانقذف بواسطة النفث نفث غزير سنجابى مصفر مختلط بمواد مجمندة كثيرة أو قليلة ويصير التشخيص أكيدا متى شوهد بواسطة الميكرسكوب بعض ألياف مرنة مصطفة كاصطفافها فى الخلايا الرئوية ودل البحث الطبيعى على وجود تجويف عظيم فى جوهر الرئة بشرط أن تعقب هذه الاعراض الالتهاب الرئوى مباشرة ثم اذا أدى الخراج الرئوى للهلاك فانه يسبق الموت عين الظواهر المرضية التى تصاحب الارتشاح الصديدى اذا أدى الى الموت كذلك وأما اذا شفى الخراج الرئوى فان النفث يفقد لونه السنجابى فى أثناء تكوين المنسوج الخلوى الضام ويكتسب النفث لونا مصفرا وعند التحام تجويف الخراج يزول النفث بالكلية بخلاف ما اذا استمر تجويف الخراج وتغطى بغشاء مولد للصديد وأحيط بمنسوج خلوى يابس كان سيره والخطر الناتج عنه عين ما يحصل فى الكهوف الشعبية التى سبق ذكرها وكل من تكوين المنسوج الندبى الجديد وانقباضه حول الكهوف الرئوية ينتج عنه انقباض الصدر وانخسافه كما سبق ذكره

وأما انتهاء الالتهاب الرئوى بالغنغرينا الذى هو أندر انتهاآته فيتضح بنفث سنجابى مسود كريه الرائحة جدا ويصطحب بانحطاط عظيم جدا فى قوى المريض وفى مثل هذه الاحوال يمكر وجود العلامات الطبيعية الدالة على

تكوين كهف فى الرئة
وأما الانتهاء بالارتشاح الجبنى فلا يشاهد فقط فى الاشخاص الذين كان عندهم قديما تكونات درنية أو بورات جبنية بل يشاهد أيضا فى الاشخاص السليمين من قبل سواء عند من كان مصابا بالانفيزيما الرئوية واعتراه التهاب رئوى ليفى ولو كان هذا نادرا والحمى فى مثل هذه الاحوال وان تناقصت فى أيام البحران لا تزول بالكلية كما يشاهد ذلك عند انتهاء المرض بالتحليل والمرضى لا تعود لقواها وكل من السعال وضيق النفس يستمر والنبض يسرع عند المساء وكل من التسمع والقرع يدل على استقرار وجود تكاثف الجوهر الرئوى وحما قليل يحصل ذوبان فى النضح وانفذا فه فينتج عن ذلك تهتكات عظيمة فى جوهر الرئة وهذه الظواهر سنتكلم عليها مفصلا عند الكلام على السل الرئوى

وأما انتهاء الالتهاب الرئوى بالتيبس أى سيروز الرئة فسنتكلم عليه فى المبحث الآتى

(فى العلامات الطبيعية للالتهاب الرئوى الليفى)

البحث بالنظر الى شكل الصدر لا يستدل منه على شئ فان كلا من جهتى الصدر يكون حافظا لاتساعه الطبيعى والمسافات بين الاضلاع تظهر على هيئة ميازيب سطحية كما فى الحالة الطبيعية وذلك مهم بالنسبة للتمييز بين الالتهاب الرئوى والبلوراوى وفى ابتداء هذا المرض تكون حركات التنفس متغيرة تغيرا عظيما وذلك لان المرضى تصون الجهة المريضة عن الحركة لتألمها ولانه فيما بعد لا يمكن دخول الهواء فى الخلايا الرئوية لامتلائها بالنضح المرضى وبمجرد النظر يشاهد أن احدى الجهتين تتمدد تمددا واضحا والاخرى التى هى مجلس للالتهاب لا تتمدد من الشهيق وعندما يكون النضح شاغلا للفصوص السفلى من الرئتين تتنفس المرضى بتمددها النصف العلوى من الصدر فقط بسبب عدم انخفاض الحجاب الحاجز (وهذا ما يسمى بالتنفس الضلعى) والقسم الشراسيفى لا ينجذب مدة الشهيق

وعند البحث بالجس يحس باشتداد ضربات القلب ولذا كان من المهم فى تمييز هذا المرض عن الالتهاب البلوراوى الاحساس بضربات القلب فى محلها

الطبيعى وبالجس يتضح زيادة عن ذلك فى دور الاحتقان والتكبد غالبا ان الصدر يحصل فى جدره تموجات واضحة جدا فى أثناء تكلم المريض يعنى ان الاهتزاز الصدرى يكون متزايدا وهذه العلامة التشخيصية المهمة يمكن ان تؤدى أحيانا للوقوع فى الخطا عند من لم يعلم ان الاهتزاز المذكور يكاد يكون على الدوام أكثر شدة فى الجهة اليمنى عند الاشخاص السليمين وسبب هذه الظاهرة ان الجذع الشعبى اليمنى يكون أكثر اتساعا وقصرا عن اليسارى ويخرج من القصبة الهوائية على خط مستقيم تقريبا بخلاف الجذع فانه فضلا عن كونه أكثر رقة وطولا يخرج من القصبة الهوائية على شكل زاوية كما ذكره (سابقس) واشتداد الاهتزاز الصدرى المرضى المذكور فى أثناء دور الاحتقان الرئوى مبنى على فقد جوهر الرئة مرونته منه فانه فى الاحوال الطبيعية يتعسر سريان تموجات الصوت الحاصلة فى القصبة الهوائية والشعب الى جدر الصدر بتوتر جدر الخلايا الرئوية المرنة ويزيد على ذلك ان الرئة السليمة بمرونتها تحدث نوع انجذاب فى السطح الباطن من الصدر به تعاق تموجات جدره وهذان الامران اللذان يضعفان تموجات صوت الشخص السليم يزولان متى فقد الجوهر الرئوى مرونته وعلى هذا مناط شدة الاهتزاز الصدرى وتزايده فى دور الاحتقان الرئوى ويزيد اشتداده فى دور التكبد فان الرئة فى هذه الحالة لا تفقد مرونتها فقط بل يزيد على ذلك أمر آخر وهو ان الاهتزازات والتموجات التى تمتد من الاحبال الصوتية الى الهواء المنحصر فى القصبة الهوائية والشعب يكون وصولها الى الجدر الصدرية أتم وأقوى فانها لا تسرى اذ ذاك من أوساط مختلفة الطبيعة (أعنى انها لا تسرى من الهواء ثم من جدر الخلايا الرئوية ثم من الهواء ثانيا ثم من جدر أخلية رئوية أخرى وهلم جرا) بل انها تسرى من جوهر متجانس الكثافة تقريبا (أعنى من الجوهر الرئوى المتكاثف الى جدر الصدر) فاذا انسدت الشعب بواسطة متحصلات الافراز المرضى وقتيا فان التموجات الصوتية أى الاهتزازات الصدرية لا تصل الى الجدر الصدرية وفى مثل هذه الاحوال النادرة يكون الاهتزاز الصدرى متناقصا أو مفقودا بالكلية وزيادة على ذلك لا يندر أن يشاهد ضعف أو فقد فى الاهتزاز الصدرى أعلى

بجزء متكبد من الرئة بدون انسداد اشعب وبدون انسكاب بليوراوى
وفى مثل هذه الاحوال نلتجئ الى القول بأن جدر الصدر لا يمكنها أن تتموج
وتهتز لانها موضوعة على جزء من الرئة كثير التكاثف مرتشح وبالبحث
بالقرع يوجد فى دور الاحتقان الرئوى صوت طبلى فارغ مع الوضوح
فان الرئة فى الحالة الطبيعية تماثل بسبب مرونتها مثانة متوترة بالنفخ جدا
فصوت القرع عليها لا يكون طبليا وأما فى دور الاحتقان من الالتهاب فانها
تشبه جملة مثانات مسترخية لان جدر الحويصلات الرئوية بفقدها المرونة
لا تكون متوترة توترا تاما على محصلها فيصير صوت القرع طبليا وأما صوت
القرع الفارغ الذى يحصل مدة الاحتقان فانه ينشأ عن تناقص كمية الهواء
الموجودة فى الحويصلات الرئوية بسبب النضح الموجود فيها بحيث يصير
الجسم المتموج صغيرا والذى نظنه أن وصف صوت القرع بممتلئ وفارغ
ظاهر للغاية فضلا عن الفائدة فان المصطلح عليه ان الصوت الناتج عن تموجات
جسم عظيم يسمى بممتلئ والناتج عن تموجات جسم صغير يسمى فارغا فصوت
القرع على المعدة مثلا لا يتضح ولو للمبتدى انه ممتلئ وصوت المعى الدقيق
انه فارغ وقد دلتنا التجارب على ان الطبيب ولو مبتدئا يتضح له بسهولة
ان صوت القرع الطبلى فى دور الاحتقان يكون فارغا وانما يعسر على كثير
معرفة درجة علوه

وفى دور التكبد الرئوى يكون فى صوت القرع أصمية بشرط أن يكون الجزء
المتكبد ملاصقا لجدر الصدر مباشرة ويحس فى أثناء القرع بازدياد فى مقاومة
الجزء المقروع وكل من هاتين الظاهرتين ينشأ عن كون الرئة المتكبدة
كغيرها من الاجسام المصمتة الخالية من الهواء لا تتموج بواسطة القرع وكلما
كانت الطبقة المتكبدة من الرئة الملامسة لجدر الصدر أكثر ثخنا كانت
الاصمية أشد والمقاومة أعظم وعندما تكون الاصمية ضعيفة يستدل فى
الغالب على ان صوت القرع يكون مع ذلك فارغا وعندما تكون شديدة أى
تامة لا يمكن القول بكون صوت القرع ملآن أو فارغا والالتهابات الرئوية
بل الممتدة لا تنوع صوت القرع فى دور التكبد متى كان مجلس المرض
جذر الرئتين ومركزهما

وبالتسمع يسمع أحيانا مدة الدور الاول من الالتهاب الرئوى أى دور الاحتقان بدلا عن التنفس الحويصلى لغط فرقعى أو خرخرة فقاعية دقيقة كما يحصل من رمى الملح فى النار أو من احتكاك الشعر بين الاصابع امام الاذن وهذا اللغط الذى سماه المعلم (لينك) باللغط الفرقعى أدق أنواع الخراخر فان محل حصوله مسافات ضيقة وهى الحويصلات الرئوية والانتهاآت الشعبية الرفيعة جدا وهذا اللغط يكون كثيرا الجفاف جدا فانه يحصل فى سائل كثيرا للزوجة ولا مانع من أن يوجه حصوله بأن جدر الحويصلات الرئوية الملتصقة ببعضها بواسطة النضح اللزج مدة الزفير تنفصل عن بعضها بقوة بواسطة الهواء الداخل مدة الشهيق ومتى تم ارتشاح جزء الرئة الملتهب الملامس لجدر الصدر فان التنفس الحويصلى يزول بالكلية لان الحويصلات الرئوية لا تسمح بنفوذ الهواء فيها فيسمع بدله التنفس الشعبى بمعنى اللغط التنفسى الناتج عن الهواء الداخل والخارج فى القصبة الهوائية والشعب والذى لا يصل لاذن المتسمع من خلال الجوهر الرئوى السليم فان اختلاف الاوساط أعنى الهواء وجدر الحويصلات الرئوية ونحو ذلك يعوق قابلية توصيل الصوت فمتى وجد بين أذن المتسمع والشعب الغليظة وسط متجانس أى جوهر متجانس سهل توصيل صوت الهواء الى الاذن المتسمعة فيسمع التنفس الشعبى بشرط أن تكون الشعب مستطرقة بالقصبة الهوائية بحيث ان الهواء يمكنه المرور بهذه القناة فى حالتى الشهيق والزفير ويحدث حركة وتموجا فى الهواء المنحصر فى الفرع الشعبى المحاط بالجوهر الرئوى المتكاثف فانه اذذاك يكون قناة للصوت تعتبر موصلا جيدا ومتى انسد هذا الفرع بالافراز المرضى المتراكم كما يحصل ذلك بكثرة دفعة واحدة سيما فى الدور الثالث من الالتهاب الرئوى فان التنفس الشعبى يزول أيضا وبنفس هذه الشروط يحصل الصوت الشعبى فانه عند التكلم تسرى تموجات الاحبال الصوتية وتنتقل الى عمود الهواء المنحصر فى الشعب الغليظة لكن الاذن المتسمعة فوق الصدر لا تدركها الا بصفة لغط غير واضح ما دام الجوهر الرئوى الكائن بين الاذن المتسمعة والفرع الشعبى باقيا على حالته الطبيعية فانه موصل غير جيد للصوت كما ذكرنا فاذا حصل تكاثف

فى الجوهر الرئوى سمع صوت التكلم مع غاية الوضوح عند وضع الاذن على جدر الصدر فيقال ان المريض معه صوت شعبى وفى بعض الاحوال قد يكون صوت التكلم منقطعا بحيث يقال ان المريض معه تكلم صدرى وعند ما تتأثر الاعصاب الحساسة للسمع تأثرا غير جيد عقب ارتجاج جدر الصدر يقال ان المريض معه صوت شعبى شديد فبذلك تدرك الاذن المتسمعة شدة اهتزازات الجدر الصدرية وكثيرا ما يكون الصوت الذى يسمع فى باطن الصدر له صفة الصوت الانفى أو المعزى وهذه الظاهرة تسمى بالصوت المعزى والى الآن لم يمكن توجيهها مع الايضاح ثم ان الصوت الشعبى يزول مثل التنفس الشعبى متى انسدت الشعب بالمواد المخاطية أعنى متى انقطع التواصل بين عمود الهواء المنحصر فيها وبين عمود هواء القصبة الهوائية وفى دور تحلل الالتهاب الرئوى تسمع الغاط خرخرية واحيانا اذا دخل الهواء فى الفروع الشعبية الرقيقة والخلايا الرئوية تسمع خرخرة فقاعية دقيقة جدا لكن حيث كان الافراز المرضى أقل لزوجة مما فى دور الاحتقان فان الخراخر تكون أقل جفافا وتسمى حينئذ بالخراخر الفقاعية لدور الرجوع والخراخر التى تسمع فى الشعب الغليظة يمكن أن تصير فى جميع الاحوال التى ينشأ عنها التنفس الشعبى والصوت الشعبى رنانة وتسمى حينئذ بالخراخر الشعبية الرنانة أو الانعكاسية

والالتهاب البليوراوى الذى يضاعف الالتهاب الرئوى على الدوام لا يمكن معرفته والوقوف على حقيقته الا فى الاحوال التى بها يكون الانسكاب عظيما جدا فان اللغط الاحتكاكى يكاد لا يسمع مطلقا فى الدور الاول من الالتهاب الرئوى لان ورقتى البليورا وقتئذ لا يتلامسان الا قليلا أو لا تتلامس بالكلية ويكثر استماع هذا اللغط مدة تحلل الالتهاب الرئوى لانه اذا ذاك يدخل الهواء فى الخلايا الرئوية والمرضى يفعلون حركات شهيقية قوية بحيث ان ورقتى البليورا يتلامسان

والعلامات الطبيعية التى تدلنا على تكوين كهف متسع فى الجوهر الرئوى عقب حصول الخراج أو الغنغرينا هى عين الاعراض التى تنتج عن الكهوف الدرنية وسيأتى بيان ذلك

(التشخيص)

معظم الالتهابات الرئوية التي تصيب الاشخاص السليمين أقوياء البنية يسهل تمييزها ومعرفتها ومن النادر التباسها بغيرها من الامراض فانه يوجد في مثل هذه الاحوال زيادة عن العلامات الطبيعية كل من الحمى وعسر التنفس والالم والسعال والنفث ولذلك لا يبقى عند الطبيب ادنى شك في الوقوف على الحقيقة وينعكس الحكم في ذلك عند الاطفال والاشخاص المنهوكين سيما الشيوخ فان الالتهاب الرئوى كثيرا ما يسير بدون أن يعرف وذلك في الاطفال خصوصا اذا ابتدأ هذا المرض بالتشنجات واصطحبت الحمى الخفيفة بسعال خفيف فيسهل حينئذ وقوع الطبيب في الخطا خصوصا وان الاطفال الصغار لا يوجد عندهم نفث ولا يدركون محلس الالم لعدم تعقلهم وان عسر التنفس في مثل هذه الاحوال ينسب للحمى وان وجد عند هؤلاء الاطفال اسهال فان المرض ينسب الى حمى التسنن مع حالة تهيج في القناة الهضمية وان وجد الطبيب فيهم امسا كا ربما ظن وجود الاستسقاء الدماغى ولذا لا ينبغى الاهمال في اجراء القرع والتسمع عند جميع الاطفال الذين يوجد فيهم حمى شديدة وظواهر دماغية مع سرعة في التنفس وفقد كل من تمدد الطحال والوردية وزيادة الحساسة في الحفرة الحرقفية الاعورية وابتداء المرض بنوبة قشعريرة واحدة ولا سيما البحث بالعلامات الطبيعية يزيل كل تغيهب وشك بين اصابة الشيوخ والمنهوكين بالالتهاب الرئوى وسنتكلم على التشخيص التمييزى بين الالتهاب الرئوى والبلوراوى بعد معرفة اعراض وسير هذا المرض الاخير في محله

ومهما كانت أهمية البحث الطبيعى للصدر في تشخيص الالتهاب الرئوى فان جميع الاستدلالات التى تنتج منه لا تكفى بانفرادها الا لمعرفة وجود نضح في الخلايا الرئوية وعدم قابلية نفوذ الهواء فيها وأما صفة النضح فلا تستبين لنا الا من معرفة السوابق المرضية

(الحكم على العاقبة)

الحكم على عاقبة الالتهاب الرئوى يستنتج من امتداد هذا المرض والالتهاب الرئوى المزدوج ينبغى اعتباره أثقل اشكال هذا المرض خطرا

لكن الغالب أن يكون الحكم على العاقبة منوطا بشدة الحمى المصاحبة فان المشاهد أن كلا من النهوكة والضعف الكلى هما غالبا السبب فى الانتهاء المحزن ومتى ارتقت درجة حرارة الجسم الى ٤١ درجة مئينية وزادت سرعة النبض على ١٢٠ ضربة فى الدقيقة الواحدة صار الحكم على العاقبة مبهما ويزداد الخطر فى الاحوال التى فيها يحصل عند المرضى عرق عظيم مع ارتقاء درجة الحرارة فان مثل هؤلاء المرضى يكون عندهم حمى شديدة جدا زيادة عمن يكون من المرضى جلده جافا مع ارتقاء درجة الحرارة أيضا فانه من الامور المشهورة بالخطا اعتبار درجة الحمى بمجرد ارتقاء الحرارة فان المريض الذى يحصل له عرق غزير يفقد بواسطة الافراز الجلدى جزأ عظيما من درجة الحرارة فتولد الحرارة عنده حينئذ يكون أكثر ارتفاعا من المريض الذى تكون درجة حرارته واصلة لهذه الدرجة بدون افرازيه يفقد جزءا من الحرارة وبهذه المثابة يكون الالتهاب الرئوى خطرا اذا أصاب الاطفال والشيوخ والاشخاص المنهوكين وقليلى الدم ومدمنى الخمر فانه ان هلك من الفتيان المصابين بهذا المرض قليل فى المائة يهلك ممن ذكر من الشيوخ وغيرهم ما ينيف على الستين او السبعين فى المائة

ومن الانتهاء المحزن الالتهابات الرئوية التى تعترى المصابين بالدرن أو بآفات عضوية فى القلب أوداء برايت وكذا التى تصاحب التهاب التامور والغشاء الباطن من القلب فانها عادة تكون غير جيدة الانذار

ومن العلامات المهمة فى الحكم على عاقبة الالتهاب الرئوى النفث فان فقده التام فى ابتداء المرض يعتبر علامة غير جيدة وكذا كثرة تلونه بالدكنة أو الحمرة المسمرة فان ذلك يدل على حالة غير جيدة فى التغذية وسهولة تمزق الاوعية الشعرية الرئوية وفساد الاخلاط عند المريض وكذا النفث الغزير السائل جدا الاوذيماوى يعد من العلامات غير الجيدة أيضا وأما النفث القليل الغزارة مدة دور تحلل الالتهاب الرئوى فليس له كبير اهمية متى كان مصاحبا التناقص فى الاصمية وأما فقده مع وجود خراخر فى الصدر فيدل على حصول شلل فى الشعب واوذيما رئوية وقرب الانتهاء المحزن

وأما الهذيان فى ابتداء هذا المرض فليس من العلامات الخطرة وهو متعلق

بتنويع فى تغذية الدماغ بخلاف ما اذا ظهر فى آخر أدوار المرض وصحبه ضعف عظيم جدا وتمادى زمنا طويلا فانه يدل على حالة ضعفية ثقيلة وكان اذذاك من العلامات غير الجيدة وقد ذكرنا فيما سبق ان حالة الخمود والتشنجات أو الشلل الوقتى من الاعراض الثقيلة

وبالجملة فالحكم على عاقبة هذا المرض منوط بانتهاآت الالتهاب الرئوى فانه بالارتشاح الصديدى يكون أكثر خطرا منه بسهولة تنضج الالتهابى فى دور التكبد وامتصاصه وأما الانتهاء بالخراج أو الغنغرينا أو تدرن التنضج الالتهابى فذا ذاغير جيد

(المعالجة)

لا يمكن اتمام الدلالات العلاجية المؤسسة على معرفة الاسباب فى معظم الاحوال فان أغلب الالتهابات الرئوية ينشأ اما عن أسباب جوية أو أرضية غير معلومة بل ولا يسوغ الاجتهاد فى معالجة الالتهاب الرئوى بالطريقة المحرقة ولو توهم ان ذلك ناشئ عن تأثير البرد فقد دلت التجارب على ان الاحوال العديدة من الالتهاب الرئوى المصحوبة بعرق غزير فى أثناء سير هذا المرض تكون ذات سير ثقيل

وأما معالجة المرض المؤسسة على طبيعته ففيها ينبغى للطبيب أن لا ينسى ان الالتهاب الرئوى الليفى مرض ذو سير دورى كباقى الامراض الدورية وانه ان ترك ونفسه يكاد ينتهى دائما بالشفاء مادام المصابون به أقوياء البنية ولم يضاعف بأمراض أخرى وكان ذا شدة متوسطة ولم يعرف ذلك الا منذ زمن قليل والسبب فى معرفته الطرق العلاجية الانتظارية بمدرسة ويينا والنتائج الجيدة التى تحصلت عليها الاطباء الاميو باتيون واستنتج من ذلك ان الالتهاب الرئوى فى حد ذاته لا يحتاج لمعالجة قوية مثل الحمرة الجلدية والجدرى والحصبة وغيرها من الامراض ذات السير الدورى متى اعترت الاشخاص السليمين من قبل ولم تكن مضاعفة بأمراض أخرى وكانت متوسطة الشدة بل ومن الامور الثابتة ان المعالجة بالوسايط القوية لها تأثير مضر فى سير هذا المرض مالم توجد ظواهر مرضية تستدعى استعمالها او تلجئ لاجرائها وذلك محقق سيما الفصد العام وقد أصاب المعلم (ديتل) حيث قال ان

الالتهابات الرئوية التي تعالج بالفصد العام تنتهي بالموت أكثر من التي لم يفعل فيها ذلك وما قاله المذكور في محله اذا قورنت الاحوال التي فيها فعل الفصد بسبب الالتهاب الرئوي نفسه بالاحوال التي لم يفعل فيها ذلك وانى أوثر طبيبا أميويا تنبا اذا أصاب هذا الداء أحد أقاربي لمعالجته دون طبيب يرى ان شفاء الالتهاب الرئوي في سن ريشته بخلاف ما اذا اعتبرت الاحوال التي فيها يصير فعل الفصد لامن أجل الالتهاب الرئوي بل ولو مع وجوده وانما ذلك بالنسبة لوجود ظواهر مرضية أو مضاعفات خطرة وقورنت بالاحوال التي فيها صار تجنب الفصد مطلقا على العموم

وكما ان تجارب كل من لوى وديتل وغيرهما أثبتت ان الفصد ليس واسطة علاجية نوعية في الالتهاب المذكور ولا يقطع سيره وتقدمه فقد ثبت ذلك أيضا بتكرر الفصد الذي كان يفعل في هذا المرض تبعا لرأي المعلم (بولو) وغيره ممن يأمر بفعل الفصد مرارا فانه تبعا لمذهب الطبيب الاخير يفصد ويكرر الفصد الى اليوم الخامس أو السادس أو السابع وهو أوان انحطاط المرض وانتهاء دوره

وبالجملة مهما كانت النظريات المعول عليها في توجيه حصول الالتهاب واختلاف طبيعته فلا يوافق شئ منها التأثير النوعي للفصد في الالتهاب الرئوي ومما يأسف عليه ان الاطباء كثيرا ما يغفلون عما هو معلوم وثابت بالتجارب اليومية من ان الاحتقان مهما كانت شدته لا يكفي بانفراده أن يؤدي لحصول الالتهاب الرئوي اللبني وان أدى التمدد الوعائي الشعري الذي يشاهد في أحوال الآفات الصمامية في الجهة اليسرى من القلب الى تطحل في الجوهر الرئوي وأوذيما لكن لا يؤدي مطلقا بانفراده الى احداث نضح لبني في الخلايا الرئوية

ثم ان الاعراض التي تستدعي فعل الفصد في أثناء سير الالتهاب الرئوي سنذكرها عند الكلام على المعالجة العرضية حيث ان هذا المحل ذكر دلالات الفصد واستعماله وقد استعمل في معالجة الالتهاب الرئوي التبريد الموضعي استعمالا عظيما ودلت التجارب العديدة على جودة تأثيره ومنفعته بحيث ينبغي الايصاء باستعمال هذه الطريقة وهي أن يغطى صدر المريض

سيما الجهة المريضة برفائد مبتلة بالماء البارد بعد عصرها جيدا وهذه الرفائد
تغير كل خمس دقائق وبعد قليل من الساعات تكاد جميع المرضى تحس
بالراحة التامة ومهما كان التضرر من استعمال هذه الطريقة فمن المشاهد
أنه عقب استعمالها حالا يتناقص الألم وعسر التنفس وسرعة النبض بل
والحرارة العمومية تتناقص أحيانا تناقصا يزيد عن درجة واحدة وجميع
المرضى الذين عالجتهم بهذه الكيفية يعتزون على هذه الراحة مدة طول
المرض غالبا بحيث لا يظهر على هيئتهم الظاهرة انهم مصابون بمرض ثقيل كما
يتضح عند أهاليهم حصول هذه الراحة فيستمرون مع الرغبة على اتباع هذه
الطريقة بعد ان اشمأزت نفوسهم منها كثيرا وفى بعض الاحوال لا يحصل
من استعمال التبريد راحة بل يزيد فى آلام المرضى بحيث يأبون من استعماله
فحينئذ لا ينبغى الايصاء بالاستمرار على استعماله

(تنبيه) لا مانع فى مثل هذه الاحوال من استبعاض ذلك بالوضعيات
الفاترة الرطبة الزيتية أو الجافة على الجهة المريضة

وحيث ان الالتهاب الرئوى لا ينقطع سيره بواسطة الوضعيات الباردة
الموضعية فلا ينسب لهذه الطريقة الا تأثير ملطف تسكينى وبالتمادى على
استعمالها يحصل فى كثير من الاحوال نوع خفة فى المرض وقصر فى مدته
وسرعة فى النقاهة بحيث يندر تجاوز بحران هذا الالتهاب سبعة أيام بل
طالما ينتهى فى اليوم الخامس وفى أحوال كثيرة فى الثالث بحيث لم يمكنى
فى كثير من الاحوال حجز المرضى المصابين بالتهابات رئوية حديثة
فى المارستانات وعدم بقائهم فيها أزيد من ثمانية أيام

ثم ان تأثير التبريد وان كان معدودا من الوسايط العلاجية المضادة للالتهابات
القوية جدا خصوصا فى التهاب الاعضاء الظاهرة اذ به تنكمش الاوعية
الشعرية المتمددة والمنسوجات الملتهبة المسترخية الا انه يعسر علينا فهم جودة
تأثيره فى التهاب الاعضاء الباطنة أعنى المنفصلة عن محل وضعه بالجلد
والعضلات والعظام ومع ذلك فانقباضات الرحم والطبقة العضلية المعوية
عقب استعمال التبريد الموضعى على البطن يتضح منه ثبوت امكان تأثيره
فى الاعضاء الغائرة بحيث ان استعمال الوضعيات الجامدية على الرأس

فى أحوال الالتهاب السحائى والمكمدات الباردة على البطن فى أحوال الالتهاب البريتونى اتباعا للمعلم (كبوش) ممدوح للغاية وليس عندى تجارب خصوصية فى استعمال التبريد العمومى على سطح الجسم بواسطة تغليفه ولفه بالملاآت المبتلة المعصورة جيدا استعمالا متكررا كما يستعمله الاطباء الايدرو باتيون (أى المشتغلون بمعالجة الامراض بالماء) ومع ذلك فمن الجائز انه باستعمال هذه الطريقة يحصل تنقص فى حرارة الجسم وتلطيف وقتى فى شدة الحمى وان لم يكن لهذه الطريقة تأثير لا واسطى فى الالتهاب الموضعى وقد تحققت من هذه النتيجة فى الامراض التسممية العامة وان استعمالها ينقص درجة حرارة الجسم تنقصا عظيما فى كثير من الاحوال وباقى الطرق العلاجية والجواهر الدوائية الموصى بها فى الالتهاب الرئوى لا يعتبر وسايط علاجية لنفس المرض بل كوسايط علاجية عرضية كالفصد فان استعمالها أو عدمه تابع لتسلطن بعض الاعراض الخصوصية أو عدمه

ولا ينبغى استعمال الفصد الا فى الاحوال الثلاثة الآتية وهى أولا متى اعترى الالتهاب الرئوى شخصا قوى البنية وكان سليما من قبل وكانت درجة حرارته فوق الاربعين درجة وضربات نبضه تزيد على مائة وعشرين ضربة فى الدقيقة الواحدة فان خطر المرض فى مثل هذه الاحوال ينشأ عن شدة الحمى فالفصد ينقص درجة الحرارة وسرعة النبض سيما اذا كان غزيرا وأما ضعفاء البنية القليلو الدم فالفصد عندهم يزيد الخطر الناتج عن النهوكة ومتى كانت الحمى متوسطة الشدة كان الفصد غير ضرورى فلا ينبغى فعله ولو لاقوياء البنية السالمين من قبل فانه لا يقطع شدة الحمى بل انها تستمر ولو بدرجة متوسطة الشدة وحينئذ يكون خطر المريض أشد مما اذا كان اعترته حمى أكثر شدة وكابدها بدون أن تضاعف بفعل الفصد ثانيا متى حصلت أوذيما فممية جانبية فى أجزاء الرئة التى لم يعترها الالتهاب وخاطرت بحياة المريض فان ضغط الدم فى مثل هذه الحالة على باطن الاوعية يتناقص بواسطة الفصد ويمتنع بذلك زيادة ارتشاح المادة المصلية التى تحصل فى الخلايا الرئوية ويتجنب الخطر الناتج عن عدم كفاية التنفس والتسمم بحمض الكربون فمتى حصلت

سرعة عظيمة فى التنفس فى ابتداء الالتهاب الرئوى ولم يمكن نسبة ذلك الى شدة الحمى ولا للالم ولا للالتهاب ووصلت سرعة التنفس الى أربعين أو خمسين مرة فى الدقيقة الواحدة وانضم لذلك نفث مصلى زبدى ولم تزل الخراخر من الصدر بعد السعال ولو وقتيا وجب فعل فصد غزير لاجل تنقيص كمية الدم وتلطيف الضغط الجانبي على جدر الاوعية ثالثا ينبغى فعل الفصد عند وجود ظواهر دالة على انضغاط الدماغ ولا يعتبر فى ذلك ألم الرأس ولا الهذيان بل الذى ينبغى اعتباره هو حالة الخمود والشلل الوقتى

ومتى عزم الطبيب على فعل الفصد بأحد الاسباب السابقة فلا يتأخر عن ذلك نظرا لعدم عظم النبض وقوته وكونه ظهر له صغيرا ضعيفا فان النبض الصغير المنقبض كان ينبنى عليه فعل الفصد عند الاقدمين من الاطباء اذ تأكد فى كثير من الاحوال انه بعد الفصد بل وفى أثنائه يقوى النبض ويرتفع حتى كان يعتبر من النواميس الطبية انه يجب على الطبيب عند شكه فى كون ضعف النبض صادقا أو كاذبا ان يتحقق من عظم النبض أو صغره مدة الفصد وتوجيه هذه الظاهرة البسيط من كون النبض فى أحوال عديدة قد يصير ممتلئا قويا فى أثناء الفصد أو بعده هو ان كلا من عظم النبض وامتلائه يتعلق بالخصوص بالدرجة التى بها تقهر الانقباضات القلبية مقاومة جدر الاورطى فان حصل ضعف فى انقباضات القلب بالتأثير المرضى المضعف كالذى يحدثه ارتقاء درجة الحرارة ارتقاء عظيما أو متوسطا فى بعض الاشخاص مع بقاء مقاومة جدر الاورطى على حالتها الطبيعية تناقص اندفاع الدم من القلب فضربة النبض تكون ضعيفة فان تناقص امتلاء الاوعية فى مثل هذه الاحوال بواسطة فصد تناقصت أيضا مقاومة الاورطى وصارت انقباضات القلب الضعيفة كافية فى دفع كمية عظيمة من الدم فتصير حركة النبض قوية وانما لا يحصل هذه النتيجة متى كان تأثير الفصد مضعفا جدا للانقباضات القلب كما يشاهد أحيانا فانه فى مثل هذه الاحوال كما تتناقص المقاومة تتناقص قوة الدفع أيضا

ومما يستعمل بكثرة مع غاية النجاح فى معالجة الالتهاب الرئوى الديجتالا لانها مضادة للحمى كالفصد حيث انها تنقص درجة الحرارة وسرعة النبض

بدون تاثير مضعف فى الجسم مثل الفصد و ينبغى استعمالها فى الالتهابات الرئوية متى وصلت سرعة النبض الى مائة ضربة أو مائة وعشرين بخلاف ما اذا لم تصل لهذا الحد فلا حاجة لاستعمالها ويضم الى منقوعها (المأخوذ من جرام الى نصف درهم منها على ست أواق من الماء) بعض الاملاح المتعادلة كازوتات البوتاسا أو الصودا وهذه الاملاح ان كان لها تاثير فى سير الالتهاب الرئوى فهو بالنسبة للحمى لا لكون تاثيرها مضادا للالتهاب أو التعضون

ومن هذا القبيل استعمال المهوعات كالطرطير المقيئ من ٤ قمحات الى ٦ على ست أواق من الماء فيعطى من ذلك ملء ملعقة كل ساعتين وكعرق الذهب والكينين والويراترين والاستنشاقات الكلوروفورمية فانها تنقص قوة فعل القلب ودرجة الحرارة وليس لها تاثير لا واسطى فى الاضطراب الغذائى الموضعى للالتهاب الرئوى واستعمال الطرطير المقيئ الذى كان سابقا منتشرا جدا قل الآن وضعف وصار غير ممدوح البتة وان كان بعض الاطباء المشهورين لم يزل يوصى باستعماله

واما استعمال الكينين فدلالاته طبقا لتجاربنا فى الزمن الاخير هى انه متى كان الخطر العظيم ناشئا عن شدة ارتقاء درجة حرارة الجسم بانفرادها أو بالاقل معظمه وجب اعطاء قمحتين من الكينين فى كل ساعتين أو يعطى منه ثلاث مرات فى كل مرة عشر قمحات وقد ثبت بمشاهدات المعلم (بيرمير) أن الويراترين من جملة الجواهر الدوائية العلاجية المضادة للحمى كما قاله المعلم (فوكت) اذ به يمكن انخفاض درجة الحرارة وتنقيص سرعة النبض بكيفية أكيدة فى الالتهابات الرئوية بل ان كلا من المعلم (بيرمير) و (كوخير) ينسب لهذا الجوهر الدوائى تاثيرا واسطيا جيدا فى الالتهاب الرئوى نفسه حيث قالا ان سير هذا المرض يمكن قطعه بهذه الواسطة العلاجية ويفضل عن الديجتالا بسرعة التاثير الجيد فى تنقيص سرعة النبض وانخفاض درجة الحرارة بدون أن يكون له تاثير مضر عمومى لكن الذى اتضح لغيرهما من الاطباء انه لا يتم فعل هذا الجوهر الدوائى من تنقيصه لسرعة النبض وخفض درجة الحرارة الا اذا أعطى منه مقدار ينتج عنه ظواهر تسممية كالقئ

والاسهال وهبوط عظيم جدا و يعطى منه قدر ثلاثة مليغرام (أعنى جزأ من عشرين من قمحة) و يعطى من راتينجه عشرة سنتى (اى سدس قمحة) وأجود الايتهيلات صبغة الويراترين فيعطى منها كل ثلاث ساعات من ٤ نقط الى ٨ فى جرعة غرويه ثم ان الايصاء باستعمال هذا الجوهر فى معالجة الالتهاب الرئوى كثر الآن جدا وازداد المدح فيه حتى استحق أنه ينبغى تجربة استعماله فى الاحوال الحديثة من الالتهاب الرئوى المعترى الاشخاص الاقوياء البنية

وفى كثير من أحوال هذا الالتهاب يمكن الاستغناء عن جميع الادوية السابق ذكرها فلا يعطى للمريض الاجرعة خفيفة التأثير كمحاول الصمغ أو منقوع الخطمية ونحو ذلك بأن يعطى ملعقة كل ساعتين فبذلك يسكن نزوع المريض ويكفى لاستعمال هذه الجرعة مع استعمال التبريد الموضعى التوصل الى انتهاء هذا المرض انتهاء سريعا جيدا وكلما تحقق الطبيب ان كل دور معين مخصوص من أدوار الالتهاب الرئوى هو الذى يستدعى استعمال بعض الجواهر الدوائية كانت نتيجة المعالجة أتم نجاحا

وعند تقدم سير الالتهاب الرئوى تستدعى المعالجة العرضية غالبا استعمال جواهر دوائية يخالف تأثيرها الفسيولوجى التأثير الجواهر التى تقدم ذكرها بالكلية فقد ذكرنا فيما تقدم ان النضح الغزير جدا وطول مدة الحمى وضعف البنية قبل الاصابة بهذا المرض يمكن أن ينتج عنه نهوكة حادة وحالة ضعف عظيمة جدا بل ان أغلب المرضى الذين يهلكون من الالتهاب الرئوى يكون هلاكهم ناتجا عن تلك النهوكة وضعف انقباضات القلب ينتج عنه كذلك خطر آخر بواسطة الاوذيما الضعفية فى الرئة والشلل الابتدائى لعضلات الشعب يعوق استفراغ متحصلها فينبغى فى مثل هذه الاحوال اعطاء المنبهات القوية لاجل تقوية انقباضات القلب وازدياد الانقباضات العضلية الشعبية فالمنبهات التى كثيرا ما تستعمل بدون نجاح فى غير هذا المرض يكون تأثيرها وقتيا يمكن أن ينتج عن استعمالها نجاح عظيم فى الالتهاب الرئوى متى ابتدا شلل الشعب قبل انتهاء التغير الالتهابى للرئة بزمن قليل اذ باعطاء مقدار عظيم من الكافور أو المسك أو النبيذ يمكن

ازدياد مجهودات القلب وانقباضاته ومنع تقدم الاوذيما وسهولة النفث مدة أربع وعشرين ساعة أو ست وثلاثين وينبغي أيضا الايصاء في مثل هذه الاحوال باستعمال زهر الجاوي بمقدار ٥ قمحات كل ساعة أو ساعتين وأما معالجة جميع أحوال الالتهاب الرئوي بواسطة الالكول كما قاله (توت) فينبغي رفضه بالكلية

ومن المهم جدا متى اشتدت الحمى وازداد الاحتراق العنصري وصار مهددا للحياة أن يجتهد في تعويض الجواهر المفقودة بدلا عن استعمال المنبهات فلا يلزم استطالة استعمال التدبير الغذائي المضاد للالتهاب سيما في ضعفاء البنية ومتى ابتدأت اعراض الضعف في الاتضاح والظهور ينبغي اعطاء النبيذ والامراق المركزة واللبن ونحو ذلك لاسيما المركبات الكينية والحديدية بأن تعطى الصبغة الحديدية المنسوبة للمعلم (راديماكر) وهي الصبغة الحديدية الخلية الاتيرية بأن يوضع منها نصف أوقية أي ١٥ جراما على ست أواق من الماء أعني ١٨ جراما ويعطى من ذلك ملعقة أكل كل ساعتين فان هذا المركب جيد المنفعة ولا نتبع المعلم (راديماكر) في كونه يرى ان كل التهاب رئوي يدخل في رتبة الامراض التي يسميها بالآفات العمومية الحديدية غير أننا كثيرا ما نرى حصول نقر عظيم في الدم مدة سير هذه الالتهابات ويسهل شفاء هذا الفقر الدموي بواسطة المركبات الحديدية كما يسهل بها شفاء فقر الدم المزمن المصاحب للخلوروز وليس عندنا توجيه فسيولوجي واضح يدل على المنفعة الحقيقية للاستحضارات الحديدية في أحوال فقر الدم الحاد والمزمن وعلى كل حال فليس الامر منوطا بتناقص كمية الحديد المحتوي عليها الدم قبل استعمال المركبات الحديدية وزيادتها عقب استعمالها بل كذلك الجواهر الاولية العضوية لاسيما المواد الحبيبية للكرات الدموية فانها تكون كذلك متناقصة قبل استعمالها ومتزايدة عقبه وعلى هذا فمن الواضح منفعة المركبات الحديدية في حالتي فقر الدم حادا أو مزمنا فلذا ينبغي اعطاء هذه الجواهر الدوائية بمقدار كاف عقب النهوكة الناتجة عن الانسكابات الرئوية والبليوراوية العظيمة بحيث اننا بدون أن نوافق نظريات المعلم (راديماكر) لا ننكر النتيجة العظمى التي يتحصل عليها من

استعمال هذه المركبات الحديدية فى الامراض الحية الحادة غير انه مما يأسف عليه عدم تحمل المرضى لهذه الجواهر اذا كان عندهم اسهال و يمكن استعمال الجواهر المنبهة والتدبير الغذائى المقوى والمركبات الكينية والحديدية من أول وهلة أعنى فى الايام الاول من الاصابة بالالتهاب الرئوى متى أصاب هذا المرض الشيوخ وضعفاء البنية واتضحت اعراض الضعف ابتداء بحيث يعد من الخطأ العظيم استمرار الطبيب متى ظهرت له علامات لالتهاب الرئوى فى مثل هؤلاء الاشخاص على استعمال المعالجة المضادة لهذا الالتهاب

و ينبغى استعمال الاستفراغات الدموية الموضعية فى الاحوال التى لم يسكن فيها ألم الجنب عقب استعمال المكمدات الباردة وفى الاحوال التى لا يمكن فيها تحمل هذه الوسايط العلاجية فان هذه الاستفراغات يكاد يسكن بها الالم دائما وحيث ان هذا الالم ليس فقط من الاعراض المتعبة للمريض بل انه من أحد أسباب اضطرابات التنفس أيضا فيترتب على تبعيده احداث تأثير جيد فى سير هذا المرض وأما المنبهات الجلدية كالوضعيات الخردلية والحراريق فالصواب عندنا عدم استعمالها بالكلية ولو ترتب على استعمالها تناقص الالم فانها تزيد الحمى و بذلك يصير ضررها أكثر من نفعها

و بالجملة فالمعالجة العرضية تستدعى استعمال المخدرات اذا كانت المرضى فى حالة تعب شديد من كثرة السعال واضطراب نومهم طول الليل فحينئذ لا يخشى من اعطاء مسحوق (دوفير) فى كل ساعة ولو مع وجود حمى

(المبحث العاشر)

(فى الالتهاب الرئوى النزلى الحاد)

(كيفية الظهور والاسباب)

قد ذكرنا فيما تقدم انه لا يوجد فى الحويصلات الرئوية غشاء مخاطى حقيقى مشتمل على أجربة مخاطية ونحو ذلك فلفظ التهاب رئوى نزلى حينئذ ليس على حقيقته لانه لا يوجد التهاب نزلى فى الحقيقة الا فى الاغشية المخاطية ومع ذلك فالتغير المرضى الذى نحن بصدده يتصف بنفس التغيرات المرضية الواصفة للالتهاب النزلى الشعبى وهى ازدياد افراز من خلايا جديدة وزيادة

على ذلك فان الالتهاب الرئوى النزلى يصطحب دائما بحالة نزلية فى الشعب بحيث يمكن اعتبارها امتدادا لهذا المرض الاخير

ثم ان الالتهاب الرئوى النزلى يكاد يكون على الدوام فصيصيا وأما الليفى فانه يكاد على الدوام يمتد حتى يعم بالاقل أحد فصوص الرئة فهو حينئذ فصى وهذا الالتهاب الذى هو عبارة عن امتداد الالتهاب الشعبى الى فصيصات منعزلة عن الرئة لا يشاهد الا فى سن الطفولية وهو السن الذى يندر فيه جدا وجود الالتهاب الرئوى الليفى فى الحويصلات الرئوية و يكثر فيه جدا الالتهاب الغشائى الليفى فى الحنجرة فمعظم الالتهابات الرئوية النزلية حينئذ تكون فصيصية وكلما كانت الشعب التى اعتراها الالتهاب النزلى رقيقة سهل اصابة الحويصلات الرئوية بامتداد الالتهاب اليها ولذا يسبق الالتهاب الرئوى غالبا بالالتهاب الشعبى الشعرى و بالحالة النزلية العامة للمسالك الهوائية أعنى بالالتهاب الشعبى التشنجى وكثيرا ما يصاحب الالتهاب الرئوى النزلى الاتلكتازيا الرئوية و يوجه كل من الاحتقان والارتشاح المتزايد فى الحويصلات الرئوية بأنه متى امتنع دخول الهواء فى الحويصلات الرئوية وتمدد الصدر بقوة فان الدم يهرع بالضرورة الى الاجزاء الرئوية الهابطة فينفرز من جدر الحويصلات الرئوية مادة مصلية وينضم لذلك تكون خلوى جديد وهذه هى التغيرات التشريحية الواصفة للالتهاب الرئوى النزلى

ثم ان الالتهاب الرئوى النزلى وان شوهد بكثرة مضاعفا للحصبة والسعال التشنجى الا انه يظهر ان السبب فى ذلك كون الالتهاب الشعبى الشعرى يكثر حصوله عند الاطفال فى اثناء سير الامراض المذكورة دون السليمين من قبل ولا يعرف لهذا المرض أسباب أخرى سوى التى ينتج عنها الالتهاب الشعبى الشعرى وهبوط الرئة ولذا يعتبر هذا المرض مرضا خاصا بسن الطفولية فانه فى هذا السن يكثر حصول الالتهاب الشعبى الشعرى لاسيما وانه ينتهى بالهبوط الجزئى فى الرئة وكل منهما أعنى الالتهاب وانتهاء الهبوط يعد من سوابق الالتهاب الرئوى النزلى الحاد أو من ادواره الاول عند الاطفال

(الصفات التشريحية)

كما ان الالتهاب الرئوى الليفى يكون غالبا شاغلا لفص رئوى بتمامه

أو لمنظمه يكون الالتهاب الرئوى النزلى الحاد شاغلا الفصيصات منعزلة بحيث يصح تسميته بالالتهاب الرئوى الفصيصى وكثيرا ما يلتبس الالتهاب الرئوى النزلى بالاتلكتازيا الرئوية (المعبر عنها عند الاطباء الفرنساوية بالحالة الجنينية للرئتين) وفى الحقيقة تمييز ذلك عسر فى ابتداء المرض وذلك لانه بشق الجوهر الرئوى المتكاثف فى الالتهاب النزلى يكون سطح الشق جنينيا فلا يمكن الوقوف على حقيقة تكاثف جوهر هذا العضو ان كان نتيجة هبوط الخلايا الرئوية أو الافراز المرضى المالئ لتجويفها لكن البقع المزرقة التى توجد فى ابتداء الالتهاب الرئوى النزلى لا توجد أسفل موازاة الجزء الرئوى المصاب كما يشاهد ذلك فى الاتلكتازيا الرئوية وتتضح العلامات التشريحية متى اتضح تكوين الخلايا الجديدة واعترى الخلايا المتراكمة فى الحويصلات الرئوية استحالة شحمية فحينئذ تصير المواد المخاطية كثيفة صديدية ويبهت لون الفصيصات الرئوية المريضة وتصير مصفرة وتظهر على هيئة تحببات فى حجم حبة الدخن تشابه بحسب الظاهر الدرن المصفر ومع ذلك فعند شق هذه التحببات يخرج منها سائل ولا تكون صلبة كالدرن

ثم ان مجموع التغيرات التشريحية لهذا المرض عبارة عن تجمع ارتشاح فى الخلايا الرئوية بحيث تكون جملة بورات صغيرة يمر بها فرع شعبى غشاؤه المخاطى يكون محلا للتغيرات نزلية وبتقدم المرض لا يندر أن تجمع هذه البورات المرتشحة مع بعضها فيحصل تكاثف فى الاجزاء المصابة وهى الخلفية من الرئتين فتصير يابسة حمراء مسمرة هشة وبالضغط عليها يخرج منها كمية من مواد سائلة صديدية لزجة وان استطالت مدة المرض شوهد أن هذه الاجزاء المرتشحة يبهت لونها من المركز والدائرة بحيث تكتسب لونا سنجابيا مبيضا ومع ذلك لم تزل مقاومتها متزايدة وبالبحث الميكرسكوبى يشاهد ان الاستحالة الشحمية للخلايا آخذة فى التقدم ومختلطة بكمية عظيمة من أخلية ذات نويات عديدة جنينية (اعنى كرات صديدية)
والتغيرات التشريحية المذكورة تشابه تكبد الرئة الاحمر وارتشاحها الصديدى وهى من ادوار الالتهاب الرئوى الليفى كما تقدم غير انه فى الالتهاب

الرئوى

الرئوى النزلى الحاد لا يوجد مع التكون الخلاف فى ارتشاح لبنى بل نضح مخاطى ويندر انتهاء هذا المرض بالنضح الصديدى وتكون الخراج بخلاف انتهائه بالارتشاح اللبنى فانه فيه اكثر حصولا منه فى الالتهاب الرئوى اللبنى وبالجملة فلا ينـدر انتهاؤه بتكون منسوج خلوى جـديد مع ضمور وتلاش تابعى فى جوهر الرئة وهذا الانتهاء يشابه انتهاء الالتهاب الرئوى اللبنى بالتيبس

(الاعراض والسير)

من العسر وصف الالتهاب الرئوى النزلى الحاد وصفا جامعا فان هذا المرض لا يظهر ظهورا أوليا مطلقا بل ينضم على الدوام الى الالتهاب الشعبى النزلى أو هبوط الرئة الناتج عنه فيتنوع الظواهر المرضية التى تخص كلا من هاتين الحالتين المرضيتين تنوعا قليل الوضوح أو كثيره والذى يرتكن اليه فى معرفة هذه المضاعفة عند حصولها زيادة عن العلامات الطبيعية التى لا تكون واضحة دائما كيفية السعال وصفة الحمى فان من الامور الدالة تقريبا على هذا المرض كون الاطفال المرضى تخشى السعال جدا وشكواهم بالآلام مدة نوبه اوظهور هيئة التألم على وجه الصغار منهم جدا وقد ذكرنا عند الكلام على السعال التشنجى ان من الاعراض الخطرة زوال نوب السعال المستطيلة وحلول نوب سعال قصيرة مؤلمة محلها وينـدر ان تفقد هذه النوب المذكورة فى النزلة الشعبية الشعرية المصاحبة للحصبة أو المفردة على حدتها ومن الامور التشخيصية المهمة ما ذكره العلم (؟؟سن) من ارتفاع حرارة الجسم عند طرو الالتهاب الرئوى النزلى الحاد على الالتهاب الشعبى النزلى فانه بمشاهدات هذا الطبيب ينـدر أن ترتقى حرارة الجسم فى التهاب الشعبى البسيط زيادة عن ٣٩ درجة مئينية وعند طرو الالتهاب الرئوى النزلى تصل الى ٤٠ أو ازيد فى ظرف ساعات قليلة ومع ذلك فان نبض الطفل المريض يزداد فى السرعة جـدا ويصير وجهه اكثر احمرارا ويظهر عليه هيئة الضجر والقلق وانه فى الاحوال الثقيلة يقع بسرعة فى حالة هبوط وتنعس وعند البحث عن صدر الطفل المريض الذى يحس بالم عند السعال فى أثناء سير الحصبة أو السعال التشنجى أو الالتهاب الشعبى النزلى وارتقت حرارة الجسم فجأة وظهرت عنده حمى شديدة جدا اذا كان المرض

غير محصور بحمى لا ينتظر فى الابتداء أعنى فى اليوم الاول والثانى وجود علامات طبيعية دالة على الالتهاب الرئوى النزلى الحاد وفى الاحوال التى تكون فيها البورات الالتهابية الرئوية محاطة بجوهر رئوى محتو على هواء وغير ممتدة امتدادا عظيما لا يظهر بالبحث بالقرع والتسمع فى جميع سير هذا المرض علامات مشخصة له وأما ان نشأ هذا الالتهاب عن هبوط رئوى ممتد فانه يظهر بالقرع للمتمرن عليه أصمية منتظمة فى الظهر على جانبى العمود الفقرى وممتدة من أسفل الى أعلى وتكون هذه الاصمية واصفة لانها تكون على هيئة شريط قليل العرض ولا تمتد الى الجهات الامامية من الصدر الا فيما بعد وحيث ان الاجزاء الهابطة من الرئة تكون فى الابتداء طبقة رقيقة خالية عن الهواء فينبغى ان يكون القرع بلطف حتى تعرف هذه الاصمية وكل من الاهتزاز الصدرى واللغط التنفسى لا يكون متغيرا فى هذا الزمن ونهاية ما هنالك تسمع الخراخر الصفيرية والفرقعية الخاصة بالالتهاب الشعبى حول الاجزاء الرئوية الهابطة انما تكون أقل وضوحا فى هذا المحل عن غيره وان امتد الهبوط الرئوى وصارت الاجزاء الهابطة أكبر حجما او كثافة بتكون ارتشاحات التهابية رئوية صارت أصمية القرع أكثر اتضاحا وامتدت نحو الخارج ويصير الاهتزاز الصدرى أكثر شدة واللغط التنفسى يصير شعبيا والخراخر الرطبة تكتسب صوتا رنانا وبالجملة فان ظواهر القرع والتسمع تكون مثل ما يشاهد فى عين الالتهاب الرئوى الليفى فى دور تكبده وان ندب الطبيب لطفل مريض فى هذا الزمن تعسر بل تعذر عليه الحكم بان كان مصابا بالتهاب رئوى ليفى أو رئوى نزلى ممتد فى جوهر رئوى هابط (ولا يمكن الحكم مطلقا بالبحث بالعلامات الطبيعية كما ذكرنا حكما قطعيا بصفة تكاثف الرئة او بصفة الانسكاب البليوراوى) واما ان امكن الطبيب ملاحظة سير هذا المرض من الابتداء فان تمييزه يكون سهلا لان ظهور تكاثف الرئة المزدوج وامتداد الاصمية الضيقة التى تكون على هيئة اشرطة ممتدة كاثفة نحو جهتى الصدر الجانبيتين يدل على هبوط رئوى والتهاب رئوى نزلى حاد وأما التكاثف الذى يحصل من الابتداء فى جهة واحدة من الصدر او احد فصوص الرئة فانه يدل على انه ناشئ عن التهاب رئوى ليفى

وسيرهذا الالتهاب الرئوى النزلى قديكون سريعا فان هذا المرض قديؤدى للهلاك فى قليل من الايام سيما ان أصاب اطفالا ضعاف البنية وفى مثل هذه الاحوال يصير لون الوجه باهتا مزرقا بعد اتقاده وكذا تزرق الشفتان وتذبل الاعين وتصير كابية ويحصل بدلا عن القلق انحطاط وتنفس يزداد على الدوام فحينئذ يحصل من اضطراب التنفس النتائج الخطرة للتبادل الغازى غير التام وانشحان الدم بحمض الكربون ويندران يحصل تحلل سريع فى الارتشاح الرئوى الالتهابى وان حصل ذلك يكاد ان لاتزول الحمى فجأة كما يشاهد فى الالتهاب الرئوى الليفى بحيث ان انتهاء هذا المرض فى الاحوال المشكوك فيها بحران بطىء اوسريع يكون مميزا لهذين الالتهابين ويكثر جدا استحالة الالتهاب الرئوى النزلى الحاد الى الشكل المزمن الذى سنتكلم عليه مفصلا عند الكلام على السل الرئوى وهذه الاستحالة تختص بالاحوال التى فيها ينضم هذا المرض الى السعال التشنجى أو الالتهاب الشعبى النزلى المزمن وفى مثل هذه الاحوال يبقى التكاثف الرئوى زمناطويلا أى جملة أسابيع فضلا عن كونه يحصل ببطء وتدريج فالاطفال تصير نحيفة جدا حتى تموت بالاعراض السابقة أو تبرأ تاما عقب تحلل الارتشاح ولو كان العشم فى ذلك قليلا والاعراض التى تصاحب انتهاء الالتهاب الرئوى النزلى الحاد امابتكون الخراج أو بالارتشاح الجبنى أو التيبس لاتتميز عن الاعراض التى تصاحب انتهاآت الالتهاب الرئوى الليفى

(المعالجة)

من الواضح ان المعالجة الموصى بها فى الالتهاب الشعبى الشعرى متى امتد الالتهاب من الغشاء المخاطى للشعب الى الخلايا الرئوية وأدى لحصول التهاب رئوى نزلى مؤسسة على نفس القواعد العلاجية التى ذكرت فى هذا المرض ويقال ذلك على الخصوص فى الاستفراغات الدموية العامة والموضعية فانها تبعا لتجارب كل من المعلم (برتاس و سمسن) لاينتج عنها كبير فائدة بل انها فى الغالب ينتج عنها ضرر عظيم لانها باحداثها ضعفا فى قوى المرضى كذلك تحدث ضعفا فى حركات الشهيق وبذلك تعين على امتداد الهبوط الرئوى ولننبه على ان للمقيئات منفعة وقتية فى هذا المرض كما ان

استعمالها كثيرا ما يكون بلا فائدة ومما ينبغي الالتفات له انى وجدت كلا من هذين الطبيبين يوصى باستعمال المكمدات الباردة على الصدر فى الالتهاب الرئوى النزلى الحاد التى اوصيت باستعمالها فى الالتهاب الرئوى الليفى ويذكر انها ذات فائدة عظيمة فى المرض الذى نحن بصدده

(المبحث الحادى عشر)

(فى الالتهاب الرئوى الخلالى المزمن المعروف بتيبس الرئة وبالتمدد الشعبى المكهفى)

(كيفية الظهور والاسباب)

الرئة السليمة لا تحتوى الا على قليل من المنسوج الخلوى فى الحالة الصحية فمنه ومن الالياف المرنة العديدة الرئوية تتكون الخلايا الرئوية وبه تنضم الفصيصات الرئوية الى بعضها ويدخل جزء منه فى جدر الاوعية والشعب وفى كثير من الاحوال يوجد بدلا عن هذا المنسوج الخلوى القليل منسوج خلوى مندمج ليفى منتشر فى أجزاء ممتدة من الرئة وهذا التغير ينتج عن الالتهاب الخلالى الرئوى المزمن الذى هو كثير الحصول جدا

وفى الالتهاب الرئوى الخلالى المزمن لا يتكون نضح سائب فى الخلايا الرئوية ولا فى الهالات التى بينها بقطع النظر عن شكل الالتهاب الرئوى الذى سنعبر عنه بالارتشاح الجبنى الرئوى ونشرحه فى مبحث السل الرئوى وجوهر الرئة وان لم يعتره فى كل من الالتهاب الرئوى الليفى والنزلى تغيرات غائية عظيمة يعترى الجدر التى بين الخلايا والفصيصات الرئوية اضطرابات غذائية التهابية فى هذا الشكل من الالتهاب الرئوى المزمن وهذه الاضطرابات عبارة عن تكون منسوج خلوى ضام ونموه به يزداد حجم هذا العضو مع تناقص المسافات المحتوية على الهواء بان يحصل فى الرئة تكاثف والمنسوج الخلوى الجديد الذى يحدث تكاثفا فى الرئة يعتريه فيما بعد تغير كالتى فى المنسوجات الخلوية الناتجة عن تغيرات التهابية فانه بدلا عن ان يكون فى الابتداء رخوا كثير الدم يعتريه انكماش فيما بعد ويستحيل الى جوهر ندبى خال عن الدم بحيث يشغل حيزا قليلا بالنسبة للحالة الصحية من الجوهر الرئوى

ثم ان الالتهاب الرئوى الخلالى يندر أن يشاهد على حالة مرض أصلى أولى

بل وفى الاحوال الناتجة عن استنشاق أتربة حديدية او فحمية مهيجة لا يكون هذا التكاثف الندبى أوليا اى ناتجا عن استنشاق تلك الجواهر المهيجة بلا واسطة بل تابعا للالتهاب الشعبى الناتج عن استنشاقها وقد ذكرنا ان الالتهاب الرئوى الخلوى يكون مضاعفا

أولا للالتهاب الرئوى الليفى المستطيل المدة والنزلى الرئوى وبهذه المضاعفة يتضح انتهاؤهما بالتيبس

وثانيا قد يعقب الهبوط الرئوى نمو خلوى جوهرى التهابى فيؤدى لتيبس الرئة

ثالثا يؤدى كل من التجمعات الدرنية لاسيما لين البورات الدرنية وتكون السرطان فى الرئة والسدد الدموية الرئوية والسكتة الرئوية والخراجات الرئوية الى التهاب الرئوى الخلالى مع نضج غذائى كما قاله (ورجوف) ومنه تنشأ الحائط الخلوية الفاصلة لهذه التولدات المرضية عن باقى جوهر الرئة السليم

رابعا يصيب الالتهاب الرئوى الخلالى بكثرة جوهر الرئة المحيط بالشعب الغليظة عند اصابتها بالالتهاب الشعبى المزمن ويساعد فى هذه الحالة مساعدة عظيمة على انتهاء هذا المرض بتيبس فى الجوهر الرئوى وتكوين كهوف شعبية

تنبيه اعلم ان المنسوج الخلوى الضام الجديد التكوين يعتريه فى الرئة عين التغيرات التى نشاهدها فى اعضاء أخرى يكون فيها التغير الالتهابى قد أعقب بتكون منسوج خلوى جديد فلذا ان هذا المنسوج بعد أن كان كثير الدم فى الابتداء ومشتملا على عدد عظيم من الاوعية الشعرية ينكمش فيما بعد ويستحيل الى منسوج ندبى فتنضغط أوعيته الشعرية وتنسد فحينئذ يظهر هذا المنسوج المندمج قليل الدم وتتلاشى أوعيته الشعرية ولا بد وان ينتج عن تيبس الرئة تراكم كمية عظيمة من الدم فى القلب الايمن وحصول ظواهر احتقانية احتباسية فى المجموع الوريدى فان كلا من تلاشى الاوعية الشعرية وزوالها يمتد الى الاوعية الشعرية الطبيعية للرئة

ثم ان حصول التمددات الشعبية عقب الالتهاب الرئوى الخلالى سهل

التوجيه وهو انه متى اعترى هذا المنسوح المندمج الذى حل محل الحو يصلات الرئوية الانكماش والاستحالة الندبية وتبعهما فى ذلك تناقص حجم الرئة فلابد وأن يعقب ذلك تغيرات أخرى وهى أن تجويف الصدر يهبط على نفسه بقدر الامكان تابعا لجزء الرئة المنكمش ولكون هذا الانخساف لايتعدى درجة محدودة بسبب تركيب تجويف الصدر (حيث ان هذا التجويف لايتناقص فى الحجم مثل الغلاف المصلى المحيط بالكبد اذا اعتراه الضمور والتيبس) فضغط الهواء على باطن الشعب وانكماش المنسوج لرئوى منعا للفراغ يجذبان جدر الشعب وتمددانها وبذلك تنشأ الكهوف الشعبية وهى عبارة عن قنوات أوتجاويف متكونة من تمدد الشعب المالئة للمسافة التى لم يشغلها انخساف الصدر وهبوطه عقب انكماش الجوهر الرئوى

والجذب الواقع على جدر الشعب من المنسوج الخلاوى المنكمش ليس هو السبب الوحيد فى احداث التمدد الشعبى فان حصول ذلك فى وسط الجوهر الرئوى الهابط او المحتوى على هواء يلجئنا الى توجيه حصول هذا التمدد بامور أخرى كتراكم الافراز الشعبى وضغطه على السطح الباطنى لهذه القنوات سيما عند تناقص تماسكها ومقاومتها فيحصل التمدد وكضغط الهواء على السطح الباطنى المذكور عند الشهيق سيما اذا فقد تمدد بعض أجزاء الرئة وتمدد البعض الآخر تمددا معادلا وفى مثل هذه الاحوال تتمدد الشعب بدلا عن الخلايا الرئوية بمعنى أنه يحصل كهوف شعبية بدلا عن الانفيزيما العوضية سيما متى كانت مقاومة جدر الشعب متناقصة تناقصا زائدا عن مقاومة جوهر الرئة أو كان هذا التعاقى يمنع من تمدد الخلايا الرئوية وبالجملة فقد يوجه حصول التمدد الشعبى بشدة ضغط الهواء الخارج بدفعات السعال الشديد فيمدد الهواء المندفع بحوقة الرئتين الشعب التى فى الفصوص العليا متى كانت مقاومتها متناقصة فى بعض الحال فتتمدد ويحصل تمددات شعبية بدلا عن الانفيزيما الرئوية

(الصفات التشريحية)

من النادر مشاهدة التغيرات التشريحية للالتهاب الرئوى الخلاقى قبل ان

يعترى الجوهر الخلوى الجديد التكوين الانكماش وفى مثل هذه الاحوال يظهر الجوهر الرئوى تبعا لما قاله المعلم (ريكنفسكى) أحمر باهتا منتفخا فى المسافات بين الفصيصات والحويصلات الرئوية وتكون الحويصلات نفسها باهتة منضغطة كثيرا وقليلا وقد شاهدت فى بعض الاحوال التى كان موجودا فيها فى قاعدة الرئة كهوف شعبية محاطة بمنسوج خلوى ندبى مندمج أو لجة ممتدة من جوهر متجانس احمر باهت متكون من منسوج خلوى جديد التكوين متخلل بين جوهر الرئة المحتوى على الهواء

والذى يمكن مشاهدته بكثرة عند تقدم ادوار هذا المرض هو وجود اشرطة بيضاء أو ملونة بالمادة السوداء البجمنتية مندمجة يسمع لها صرير عند شقها أو تشاهد مواد ذات شكل غير معين مؤلفة من المنسوج الخلوى الجديد ومتخللة بين جوهر الرئة وهذا المنسوج يحيط بالدرن الذى كان موجودا من منذ زمن طويل وصار حجريا أو يحيط بالكهوف الدرنية او بالخراجات الرئوية المتكونة من منذ زمن طويل أو بالتجمعات الكاسية التى هى بقايا هذه الخراجات كما ان بعض فصيصات الرئة يشاهد مستحيلا الى منسوج مسمر مندمج اذا انتهى الالتهاب الرئوى الليفى بالتيبس

ثم انه عند فعل الصفات التشريحية للهالكين عقب اشتغالهم زمنا طويلا فى معامل الفحم وفى اشغال اخرى فيها يستنشق هذا الجوهر كثيرا ما يوجد تلون مسود فى جوهر الرئة والغدد الشعبية وقد ثبت بالتجارب الجديدة ان هذا التلون انما ينشأ عن تخلل جزيئات الفحم فى جوهر الرئة حيث ثبت ذلك بالمشاهدات الميكرسكوبية وجوهر الرئة وان تحمل دخول هذه الجزيئات فيه ووجدت أحوال يكون فيها هذا التلون المسود هو التغير الوحيد الا أنه فى أحوال كثيرة أخرى يكون هذا التلون معه وبالتهاب رئوى خلالى ممتد من جدر الشعب وفى أحوال أخرى قد يوجد فى الجوهر الرئوى المتيبس كهوف شعبية آتية من تمدد الشعب المنتشر

وقد شوهد تغير مشابه لذلك بالكلية ناشئ عن استنشاق أتربة الحديد فى معامله فان دخول جزيئاته فى الجوهر الرئوى كثيرا ما يعقبه تيبس فيه وتكون كهوف شعبية

وقد وصف المعلم (ريكتنسكى) تمدد الشعب الجيبى بقوله انه يوجد قناة شعبية متمددة على هيئة جيب مستطيل أو مستدير ففى هذه الحالة الاخيرة يكون تمدد الجيب فى اتجاه مخالف لاتجاه الشعب ومعظم هذه الجيوب الشعبية يكون خارجا عن محورها وقطرها يعادل قطر بيضة نادرا والعادة ان يكون حجمها كحجم الفولة او البندقة او الجوزة وقد لا يصاب الا فرع شعبى واحد تارة وأخرى يظهر هذا التمدد الجيبى فى عدد عظيم من الفروع الشعبية وحينئذ يوجد عدد عظيم من هذه الجيوب مصطف بجوار بعضه بحيث يكون عبارة عن تجويف عظيم واحد ذى انبعاجات متعددة تنفصل اقسامه عن بعضها بثنايات من الجدر الشعبية بارزة فى هذا التجويف على هيئة حواجز او صمامات

والسطح الباطن من التجاويف الشعبية يكون أملس فى الابتداء وتتلاشى الاجوبة المخاطية تشأ أعند التمدد العظيم فى الغشاء المخاطى وحيث ان هذا الغشاء يفقد بهذه الكيفية صفات الاغشية المخاطية ويصير كغشاء مصلى فافراز الجيوب الشعبية يكتسب فى الابتداء صفة افراز هذه الاغشية الاخيرة فيكون متحصله عبارة عن سائل رقيق خيطى شبيه بافراز الاغشية المصلية المفصلية وبالافراز الذى يوجد فى الحويصلة المرارية المتمددة تمددا عظيما وفى المعاقة الديدانية عند انسدادها وتمددها وعند تقدم سير هذا المرض يفقد باطن هذه الجيوب بملاسته ويتنوع افرازه وذلك ان متحصل الافراز المرضى لا يمكن انقذافه الا بعسر بسبب تكاثف الجوهر الرئوى المحيط بهذه الجيوب وتيبسه بحيث لا يندفع ولو بالسعال العنيف وحيث ان هذا المتحصل يبقى عرضة للهواء ولدرجة حرارة مرتفعة يبتدئ فى الفساد والتعفن فيستحيل الى سائل صديدى اصفر وسخ ذى رائحة منتنة جدا كثيرا ما يؤثر تأثيرا حريفا كالا فى جدر التجاويف المنحصر فيها ويحيلها الى خشكريشا ويزيل ملاستها وكثيرا ما يحصل التزيف عقب انفصال الخشكريشا وفى أحوال أخرى ينشأ عن المتحصل المنفسد فى الكهوف الشعبية المتمددة التهابات وتلاش مع تعفن منتشر فى جوهر الرئة وفى أحوال نادرة قد ينسد الفرع الشعبى المتمم بالتجويف الشعبى بحيث

يكتسب متحصل هذا التجويف كثافة شيأ فشيأ او يستحيل الى مادة جبنية اوعجينية كلسية

•(الاعراض والسير)•

فى الدور الاول من الالتهاب الرئوى الخلاقى لايمكن معرفة هذا المرض مع التأكيد انما يجوز الظن بانتهاء الالتهاب الرئوى الليفى بالتيبس فى الاحوال التى لا ينتهى فيها بالتحليل ولو بعد زمن طويل واستمرت أصمية القرع جملة أسابيع وكذا ان استمر التنفس شعبيا أو كان غير واضح ويقوى هذا الظن اذا لم يكن مع المريض حمى وتقدمت نقاهته شيأ فشيأ وبهذا يسوغ الحكم بأن هذا المرض لم ينته بالارتشاح الجبنى وحينئذ فلا يمكن تشخيص هذا المرض مع التأكيد الا متى انخسف الصدر فى الجزء الموازى لمحل الاصابة وانضم لذلك علامات الكهوف الشعبية المتمددة وعن هذا يحصل فيما اذا صاحب الالتهاب الرئوى الخلاقى التيبسى كل من الدرن الرئوى والارتشاح الجبنى وحيث ان هذه المضاعفة تكاد تكون ملازمة على الدوام فمن الجائز أن يقال على غلبة الظن ان أصمية قمة الرئتين التى تظهر بالقرع فى اثناء سير السل الرئوى يكون بعضها ناشئا عن شكل الالتهاب الرئوى المزمن الذى نحن بصدده فان انخسف كل من الحفرة فوق الترقوة وتحتها عند مريض مصاب بالسل وجب نسبة هذا العرض للالتهاب الرئوى الخلاقى التيبسى وحده فان حجم الرئة وقطرها لا يصغر فيحدث انخساف الصدر فى كل من التراكمات الدرنية والارتشاح الجبنى وتلاشى الجوهر الرئوى مع تكون كهوف فيها فهذا العرض الذى يعد خطأ من العلامات الواصفة للسل الرئوى وان وجد عند أغلب المصابين بهذا المرض الأن كثرة وجوده تنبئ على مضاعفة التغيرات المرضية التى تحدث تلاشيا فى الجوهر الرئوى بالالتهاب الخلاقى المزمن المحدث لتيبس وانكماش فى هذا العضو

ومتى انضم الالتهاب الرئوى الخلاقى لالتهاب شعبى مزمن وضاعفه ندر انخساف الصدر سيما اذا وجد مع ذلك انفيزيما رئوية وفى مثل هذه الاحوال يقتصر فى تشخيص الكهوف الشعبية ذات الجدر المندمجة على نوب السعال الواصفة وعلى طبيعة النفث

ثم متى تقدم هذا المرض وامتد انضم لهذه الظواهر علامات تمدد القلب الايمن وضخامته ثم ان لم تكف هذه الضخامة فى تعادل اضطراب الدورة وعوقها ظهر كل من اللون السيانوزى فى الشفتين وانتفاخ الوجه وتمدد الكبد ثم الاستسقاء وتلك اعراض تعقب الانفيزيما الرئوية كما تقدم وهذه الظواهر يسهل توجيهها متى علمنا ان فقد قابلية نفوذ الدم من الاوعية الشعرية الرئوية ومروره منها ينتج عنه عوق عظيم لاستفراغ القلب الايمن و يندر مشاهدة هذه الظواهر السيانوزية فى الدرن الرئوى فقط ولو مع وجود عائق مزدوج يعترى الدورة الرئوية وذلك منوط بوجود حمى الدق فانها تنقص كمية الدم شيأ فشيأ بقدر ما تضمحل الاوعية الشعرية وتتلاشى

وأما اعراض الكهوف الشعبية فانه لا يمكن تشخيصها مع التأكيد الا اذا كان مجلسها قاعدة الرئة بخلاف ما اذا كان مجلسها قمة الرئة فانها تختلط بالكلية باعراض الكهوف الدرنية وهى عبارة عن نوب سعال تتكرر فى فترات مستطيلة ينقذف بها مع مساعدتها للانقباض التشنجى فى العضلات البطنية سائل مصفر ومخضر ذو رائحة كريهة للغاية ومتى انقذفت هذه المواد التى كثيرا ما يكون مقدارها عظيما جدا واستفرغت الكهوف الشعبية الكائنة فى قاعدة الرئة فكثيرا ما يحصل هدو وراحة للمريض مدة أربع وعشرين ساعة فانه وان لم يمتنع السعال رأسا يكون قليل الشدة جدا ويكون النفث بدون رائحة كريهة و يكتسب وصف النفث الشعبى المفرز فى أحوال النزلات الشعبية المزمنة البسيطة فحينئذ يظهر أن هذه النوب الشديدة لا تكون الا عند امتلاء الكهوف امتلاء تاما فلا يمكنها ان تسع متحصلها فتسيل فى الشعب وحينئذ يتهيج الغشاء المخاطى تهيجا شديدا من هذا السائل الذى مال للفساد والتحليل ثم ان النفث الآتى من الكهوف الشعبية متى وصل للفم يسيل بسهولة تامة مجردة عن اللزوجة وعند وضعه فى كوبة مثلا من البلور يرى ان جزء السائل ليس من مواد مخاطية لزجة وان الاجزاء الدقيقة لهذا النفث تكون سابحة فى سائل رخو قليل اللزوجة جدا وعند ترك هذا النفث فى الكوبة وسكونه فيها يتكون فى هذا الاناء جملة طبقات فالعليا منه تكون زبدية لاحتوائها على الهواء والوسطى صافية شبيهة بماء

النهر المتعكر قليلا والطبقة الثالثة تكون متكونة من أجزاء دقيقة لهذا النفث تسقط فى قاع الاناء يتكون منها راسب مصفر مخالف لما يوجد فى النفث المحتوى على مواد صديدية وليس من البين الواضح ان كانت مبوعة هذا السائل ناشئة عن عدم وجود افراز مخاطى حقيقى فى الكهوف الشعبية أو عن فساد النفث واختلاله وبالبحث المكرسكوبى عن هذا النفث الكريه الرائحة بعد مكثه قليلا فى انائه يشاهد فيه جسيمات صديدية (اخلية جديدة التكوين غزيرة جدا كما فى الراسب الكائن فى قاع الاناء) ويعترى هذه الخلايا غالبا الاستحالة الشحمية كما يشاهد ذلك فى محال اخرى فيها كان الصديد محتبسا زمنا طويلا فتكون متملئة بنقط من الشحم مستحيلة الى خلايا ذات تحببات شحمية ويوجد فيه بدلا عن الكرات الشحمية جسيمات غير منتظمة زاوية وبقايا متكونة من تحببات رفيعة جدا ولا يندر أن يوجد فى متحصل هذا النفث المتعفن جوهر آخر يظهر تحت المكرسكوب باشكال جميلة جدا كحزم من ابر رفيعة جدا يوجد فيها باضافة قليل من الاتير بلورات مرجارينية (والمارجارين جزء سهل التبلور فى المواد الدهنية) وقد ينضم للاعراض السابقة فى اغلب الاحوال ظواهر سيانوزية واضحة واستسقائية فيما بعد وأما انتفاخ السلاميات الاخيرة من الاصابع انتفاخا عقديا فيكاد يشاهد دائما فى أحوال القددات الشعبية المستطيلة المدة غيران هذه الاضطرابات الدورية الاحتباسية لا تتعلق بدون واسطة بالتمدد الشعبى بل بالتيبس الرئوى ولذا لا يوجد فى الاحوال النادرة التى فيها تكون الكهوف الشعبية غير مصحوبة بتيبس ممتد فى الرئتين وبالبحث الطبيعى يعرف بواسطة الجس والقرع متى امتد التيبس وعم جزأ عظيما من الرئة ان جدر الصدر لا تنخسف فقط بل ان الاعضاء المجاورة تنجذب فى تجويف البلورا بسبب تناقص حجم ما احتوت عليه عقب انقباض الرئة وانكماشها فيمكن أن يحس بضربات القلب فى الخط الابطى وكذا الطحال والحجاب الحاجز يمكن أن يصعدا الى أعلى لاجل مل ما حصل من الفراغ والقرع كذلك يتضح به زيادة عن تغير وضع بعض الاحشاء اصمية واضحة متى كانت الاجزاء الرئوية المتيبسة ملامسة لجدر

الصدر وكذا بالاصبع القارع يحس فى هذه الحالة بازدياد عظيم فى مقاومة الاسجة وبالسمع يكاد يسمع على الدوام لغط تنفسى ضعيف غير واضح (كانه آت من بعد) وذلك متى مضى على المريض زمن طويل بدون أن يسعل ولم يقذف المواد المحتوية عليها الكهوف الشعبية المتمددة وأما اذا سعل وانقذفت المواد الغزيرة فكثيرا ما يسمع دفعة واحدة تنفس شعبى أو كهفى فى المحال التى كان يسمع فيها تنفس ضعيف غير واضح وهناك أحوال مغايرة لما ذكر وهى التى فيها لا يدل البحث الطبيعى على علامات مشخصة وذلك اذا كان مجلس التجاويف الشعبية مركز الرئتين ومحاطة بجوهر رئوى محتو على هواء ومع فقد العلامات المذكورة يمكن تشخيص هذه التجاويف مع التأكيد وذلك اذا انقذف من المريض بالنفث كمية عظيمة جدا من مواد صديدية فى قليل من الدقائق فان هذه المواد لا تأتى الا من تجويف عظيم لان وجودها فى الشعب ينتج عنه عسر عظيم فى التنفس أو تعذر كلى فيه

(التشخيص)

التمييز بين تناقص جوهر الرئة وتكاثفه بواسطة الالتهاب الرئوى الخلاقى وبين كل من تناقصه وتكاثفه الناشئ عن انضغاطه انضغاطا مستمرا قد يكون عسرا للغاية فانه بعد كل من هاتين الحالتين تخسف جدر الصدر ويتغير وضع كل من القلب والكبد والطحال فلا يمكننا الوقوف على حقيقة هذا الامر الا بالبحث عن السوابق المرضية ومتى لم يمكن التحقق من ان الذى سبق حصوله هو الالتهاب الرئوى أو البليوراوى بقى التشخيص مشكوكا فيه ولو كان من الواضح ان الالتهاب الرئوى الخلاقى تنتج عنه الكهوف الشعبية أكثر من انضغاط الرئة المستمر وتكاثفها الذى يعقب بامتصاص السائل الضاغط فى وقت فيه لا يمكن للرئة رجوعها الى حجمها المفقود ونموها

وسنذكر فيما بعد الفرق بين الكهوف الشعبية والكهوف الدرنية ومع ذلك فلنذكر هنا بعضها فنقول أولا ان الكهوف الشعبية توجد فى الغالب فى الفصوص السفلى من الرئة بخلاف الكهوف الدرنية فلا تشاهد الا فى قمة الرئتين أو فصوصها العليا ثانيا ان الاشخاص التى اعتراها كهوف شعبية لا توجد عندها حمى ولذا تحفظ قواها ولا يحصل لها الا قليل نحافة ثالثا انه

يندر جداً فى أحوال التمددات الشعبية اصابة الحنجرة والمعى ويكثر ذلك فى أحوال الكهوف الدرنية ولذا ازبحة الصوت والاسهال يدلان غالباً على الحالة الاخيرة وابعا انه فى أحوال الكهوف الشعبية يوجد غالباً بجوارها انفيزيما واضحة كثيرة الامتداد ويندر مضاعفة الكهوف الدرنية بذلك

(الحكم على العاقبة)

حيث ان الالتهاب الرئوى الخلالى يكاد لا يكون مرضاً ذاتياً أى قائماً بنفسه فالحكم على عاقبته منوط بالمرض الاصلى ولاسيما الاحوال التى فيها ينضم هذا المرض الى الدرن الرئوى وكل من انكماش الجوهر الرئوى وتيبسه الذى يعقب الالتهاب الرئوى المزمن أو المصاحب انزلات شعبية مزمنة اولانفيزيما يمكن أن يتحمله المريض زمناً طويلا بدون أن يهدد حياته ولو تكوّن مع ذلك كهوف شعبية عظيمة ولاتهلك المرضى منه الابعد زمن طويل جداً عقب تقدم النهوكة واعراض الاستسقاء وفى أحوال أخرى قد تهلك المرضى بسرعة عقب حصول أنزفة غزيرة آتية من جدر الكهوف الشعبية أو من حصول فساد وتعفن منتشر فى الجوهر الرئوى نفسه

(المعالجة)

متى وصل الالتهاب الرئوى الخلالى الى درجة يسهل معرفته فيها فلا يمكن الحصول على زوال هذا المرض كما انه لا يمكن احداث استرخاء وابن فى أنسجة ندبية حصلت فى اعضاء اخرى ولا الحصول على تحليلها كما انا ليس انا قدرة على احداث انسداد فى الكهوف الشعبية فلم يتيسر لنا حينئذ الامساعدة انقذاف متحصل الكهوف خوفاً من كون متحصل الافراز عند فساده يحدث تآكلا فى جدر الكهوف والجوهر الرئوى تآكلا ممتداً وهذه دلالة أولى والدلالة الثانية تشتمل على تنقيص الافراز سواء كان فى الكهوف الشعبية أو فى الغشاء المخاطى الشعبى للشعب المستطرقة بالكهوف الشعبية لعدم تراكمه فيها واجود الوسايط للحصول على هاتين الغايتين هى استعمال الاستنشاق بزيت التربنتينا كما ذكرنا ذلك فيما تقدم اذبهذه الواسطة يمكن تنقيص الافراز المرضى ولابد ومن المشاهد انه بعد استعمال الاستنشاق بربع ساعة تقريباً يحصل عند المريض نوبة سعال قوية بها يستفرغ متحصل

التجاويف الشعبية ويكرر الاستنشاق ثلاث مرات او اربعة كل يوم فكثيراما شاهدنا بعض المرضى نجا باستعمال هذه الواسطة وتنصل من حالة اليأس التى كان فيها الى حالة تطاق زمنا طويلا

(المبحث الثانى عشر)

(فى الغنغرينا الرئوية)

(كيفية الظهور والاسباب)

قد ذكرنا فيما سبق أنواعا مختلفة من التغيرات الغنغرينية فى الرئة كانتهاء الالتهاب الرئوى بتكون الخراج وكانتهاء السدد الدموية بتلاشى جوهر هذا العضو وفساده وأما غنغرينا الرئة أى موت جوهرها فانه يتميز عن الاشكال السابقة بكونه يطرأ على تنكرز الجوهر المذكور تعفن بمعنى انه يحصل فيه انحلال كيماوى وهذا التعفن يحصل بالاكثر فى الاعضاء المعرضة للهواء كالجلد والرئتين بخلاف غيرها من الاعضاء المصونة عن الهواء كالدماغ والكبد والطحال فانها مادامت محفوظة فى غلافها لا يحصل فيها بسهولة انحلال أجزائها المتنكرزة اعنى التعفن المذكور وانتقال التنكرز الى الغنغرينا يقوى حصوله متى لامس الاجزاء المتنكرزة اجسام غريبة تأثيرها كالخمير بحيث تصيرها مستعدة للانحلال والتعفن

ومن ذلك يتضح بسهولة اولا ان السدد الدموية التى تحصل من امراض القلب قد تؤدى الى غنغرينا رئوية محدودة فى الاحوال التى فيها ينقطع ورود الدم بواسطة الاوعية المغذية (وهى الشرايين الشعبية) ويكثر حصول هذا الانتهاء اذا كانت البورة الانتقالية ناشئة عن سدة سيارة آتية من محل متغنغر ثانيا قد تحصل الغنغرينا المنتشرة بندرة عند ارتقاء الالتهاب الرئوى الى أقصى درجة اعنى متى صار ركود الدم الالتهابى تاما بالكلية ولم يحصل ادنى تبادل فى الدم ولا تغذية الاجزاء الملتهبة بالكلية ويقوى هذا الانتقال متى نشأ عن ركود الدم فى الاوعية الشعرية تعقدات فى الفروع الشعبية الشريانية والالتهابات الرئوية الناشئة عن نفوذ بعض المطعومات او بقاياها فى المسالك الهوائية يسهل انتقالها الى الغنغرينا المنتشرة لسهولة تعفن هذه الجواهر

وكثيرا ماتحصل الغنغرينا الرئوية المنتشرة سواء سبقها التهاب رئوى ام لا وذلك لان المتحصل المتعفن فى القددات الشعبية المنتشرة والجيبية يأكل الجوهر الرئوى المحيط بها فكانه يجذبه معه فى التعفن والفساد وفى السكارى يعسر توجيه هذه الظاهرة وكذا الاشخاص الضعفاء البنية بسبب الحرمان وقلة التغذية وكذا كثرتها عند المجاذيب ولو لم يصل الى باطن الشعب اجسام غريبة وكذا حصولها فى اثناء سير الحميات الضعفية الثقيلة كالتيفوس والحصبة والجدرى وفى الحقيقة يظهر ان الاجزاء التى اعتراها سابقا اضطرابات فى تغذيتها متى عادت لها هذه الاضطرابات الالتهابية أعقب ذلك موتها التام بسهولة

(الصفات التشريحية)

يميز للغنغرينا الرئوية تبعا الرأى المعلم (لينك) شكلان وهما الغنغرينا الرئوية المحدودة والغنغرينا المنتشرة والشكل الاول كثير الحصول فانا كثيرا مانجد فى بعض الحال من الرئة التى يوجد بها يكون فى قدر البندقة أو الجوزة ان الجوهر الرئوى يكون مستحيلا الى خشكريشة زجة ذات لون أسمر مخضر رخوة قوام منتنة الرائحة شبيهة بالخشكريشا الناشئة عن وضع البوتاسا الكاوية على الجلد ويكون محدودا جيدا ومحاطا بجوهر رئوى أوذيماوى وهذه البورة الغنغرينية التى يكون فيها ابتداء بعض صلابة وملتصقة بما حواليها تستحيل بسرعة الى سائل صديدى يحتوى باطنه على سدة متماسكة مخضرة مسودة مختلطة ببعض جزيئات الجوهر الرئوى المتلاشى ومجلس هذا الشكل من الغنغرينا يكون غالبا دائرة الرئتين لاسيما الفص السفلى ولا يندر أن يستطرق بالبورة فرع شعبى فتسيل فيه المواد الصديدية الغنغرينية فينشأ عن ذلك التهاب شعبى شديد

وقد تتكون الخشكريشا فى بعض الاحوال بالبليورا ثم تلين فتسيل المواد الصديدية الغنغرينية فى البليورا فينشأ عن ذلك التهاب الغشاء المستبطن لتجويف الصدر (المعروف بالالتهاب البليوروای) وان كانت البورة من قبل مستطرقة بفرع شعبى نشأ عن ذلك تجمع صديدى غازى فى الصدر وفى أحوال أخرى قد ينشأ عن هذا الشكل المحدود من الغنغرينا شكل

الغنغرينا المنتشر وأحيانا قد ينشأ عنه نزيف من تآكل بعض الاوعية
ويندران يتكون حول هذا الشكل من الغنغرينا التهاب رئوى خلالى يحيط
بالبؤرة الغنغرينية فتتكيس وتنقذف المواد المتغنغرة ويحصل التصام ندبى
كما ذكرنا ذلك فى الخراجات الرئوية واما الشكل الثانى وهو الغنغرينا
الرئوية المنتشرة فلا يندر أن تصيب أحد فصوص الرئة بتمامه وحينئذ
نشاهد أن الجوهر الرئوى مستحيل الى منسوج هش رخو كالصوفان ذى
لون مسود كريه الرائحة مرتشح بمادة صديدية سنجابية مسودة والتغير
الغنغرينى لا يكون محدودا كالاول بل يكون ممتدا تدريجيا فى الجوهر
الرئوى الاوذيماوى او المتكبد المحيط به وعند تقدم الغنغرينا الى الصفاق
المستبطن للصدر يتآكل هذا الصفاق ولا يحصل شفاء فى هذه الحالة فان
المريض يهلك من الاضطراب العام
وكل من هذين الشكلين قد يؤدى الى دخول بعض جزيئات من الجوهر
الرئوى الفاسد فى الاوردة أعنى السدد السيارة والى حصول خراجات
انتقالية فى أعضاء مختلفة متعلقة بالدورة العظمى

(الاعراض والسير)

قد ذكرنا فيما تقدم ان علامات كل من السدد الدموية والبورات الانتقالية
فى الرئة تكون غير واضحة غالبا وكذا علامات الغنغرينا الرئوية المحدودة
المتكونة من سدد دموية أو بورات انتقالية لا يمكن تشخيصها غالبا الا متى
وصلت المواد الصديدية الى احد الفروع الشعبية وانقذفت الى الخارج
وحينئذ يعرف تشخيص هذا المرض بدون شك من رائحة النفس المنتن
الرمّى ومن مواد النفث المنقذفة المتلونة بلون سنجابى مسود مائعة ذات
رائحة كريهة ايضا وقد تسبق رائحة النفس المنتنة انقذاف النفث الواصف
ببعض ايام وتنفصل مواد النفث فى الغنغرينا الرئوية الى جهة طبقات مثل
مواد النفث الآتية من تجاويف شعبية متمددة وهى طبقة عليا زبدية وطبقة
وسطى مائعة وطبقة سفلى من راسب كثيف ولون النفث يكون مسودا
او وسخا ومحتويا على مواد بجمنتية شبيهة بالصوفان اوسدد رخوة تحتوى
على بلورات ابرية وعلى بعض الياف مرنة منعرجة فى السير فى بعض احوال

نادرة وقد يدل البحث الطبيعي على بعض علامات يرتكن اليها وذلك كصوت القرع الطبلي أو الاصم وفي بعض الاحوال تسمع الغاط كهفية

ويوجد عند بعض المرضى من الابتداء انحطاط عظيم فتتغير سحنتهم وتصير مزرقة ويصغر نبضهم ويصير سريعا ويهلكون بسرعة من الحمى الضعفية العفنة وبعض المرضى يكابد هذا الاضطراب الثقيل بكيفية غريبة وحالتهم العامة لاتكادة تكون مضطربة بل تراهم غير مقهورين على ملازمة الفراش وليس عندهم حمى وبهذه المثابة يمكن ان يستمر المرض جملة أسابيع وفي مثل هذه الاحوال يمكن أن يطرأ نزيف بتقدم سير هذا المرض ويهلك المريض أو يعتريه فجأة حمى ضعفية يهلك بها ايضا بعد أن كانت حالته العامة تحسن تارة وتتثاقل تارة أخرى وان حصل الشفا وهذا نادر زال كل من الرائحة الكريهة للنفث ويصير مصفرا بالتدريج عند تكيس البورة الغنغرينية وانكماشها

وعند ظهور الغنغرينا الرئوية المنتشرة عقب التهاب رئوي يشاهد في أثناء سيره انحطاط فجائي في قوى المريض ويصغر النبض غير منتظم وتتغير السحنة وينضم لذلك رائحة منتنة في النفس ونفث مسود مائع ذو رائحة كريهة نفاذة وعند ظهور هذه الغنغرينا بدون أن تسبق بالتهاب رئوي يشاهد عند المريض من الابتداء اعراض الضعف الشديدة مصحوبة بظواهر مرضية تدل على دخول جواهر فاسدة متعفنة في الدم كالقشعريرة والهذيان والخدر والفواق وغير ذلك وقد ينقطع في مثل هذه الاحوال النفث بالكلية اما لكون الغشاء المخاطي الشعبي يتغنغر ويصير عديم الاحساس أو لكون المريض صار لايتأثر من جميع المهيجات فيزدرد مواد النفث التي تصل الى الحلق فيحصل بدلا عن النفث اسهال منتعص وبالبحث الطبيعي يوجد من الغنغرينا الرئوية المنتشرة صوت قرع طبلي يصير فيما بعد اصم وعند التسمع يوجد اللغط التنفسي غير واضح او يسمع خرا خر رطبة او نفخ شعبي او كهفي

(المعالجة)

معالجة الغنغرينا الرئوية ليست جيدة المنفعة والذي أوصى به المعلم (اوسكودا) من الاستنشاقات الترمنتينية يجب اعتباره لاسيما وان هذا المعلم

الذى اوصى بذلك من الاطباء الذين لا يقولون بكثرة منفعة الوسايط العلاجية وهل لهذه الواسطة العلاجية كبير فائدة فى غير اشكال الغنغرينا الرئوية التى لم تكن متكونة حول الجيوب الشعبية أولا أمر غير محقق ويستعمل كل من التدبير الغذائى المقوى والنبيذ ومغلى الكينا والمنبهات بالنسبة للحالة العامة وأما بالنسبة للغنغرينا الرئوية فليس لها أدنى منفعة وكذا يقال فى خلات الرصاص والكرياز بوت والفحم

(فى الدرن الرئوى)

كلمة درن رئوى لم تزل دائما مطلقة وكثيرة الاستعمال فى السل الرئوى وهذا دليل على ان أغلب أطباء هذا العصر ومعلمى الاكلينك لم يزالوا تابعين لمذهب لينك ومتمسكين باعتبار شكل كل واحد من السل الرئوى وهو السل الدرنى وانى اضاربا لهذا المذهب من منذ زمن طويل وذكرت جملة مرات انى مخالف له بالكلية وذلك ان التغيرات الالتهابية المزمنة كثيرا ما تؤدى لتلاشى منسوج الرئة وتكون كهوف فيه أعنى تؤدى للسل الرئوى أكثر من الدرن وعشمى ان هذا القول الذى يسهل ايضاح حقيقته متى بحث فيه مع الدقة والتأمل ينتشر و يصير متبعا والخطأ الذى وقع فيه المعلم لينك ومن اتبعه فى مذهبه لم يحصل من اعتبار الدرن تولدا جديدا مرضيا فقط بل من اعتبار تكاثف الجوهر الرئوى متحصلا ناتجا ايضا عن تكون لدرن والحال ان منشأه ليس كذلك والدرن تبعا للافكار المستجدة وان كان من جملة التولدات الجديدة المرضية الا انه الآن لا يعتبر كذلك الا أحد أشكاله المبينة من قديم وهو الدرن الدخنى الذى هو أحد اشكال التدرن المعلوم من قديم بالتدرن الدخنى فانه من الصفات الخاصة بالدرن كونه يظهر دائما على شكل حبيبات صغيرة فى حجم حب الدخن وتلك الحبيبات لا تنمو مطلقا وتعظم حتى يتكون عنها أورام عظيمة الحجم والكبير من هذه العقد الدرنية يكون عبارة عن تراكم جملة حبوب درنية دخنية مع بعضها والتكاثفات الممتدة المتجانسة والاورام العظيمة التى كانت تعتبر سابقا ارتشاحات درنية أو درنا مرتشحا لا تكون ناشئة عن ارتشاح جوهر الرئة بالمواد الدرنية ولا عن تكون درنى منتشر بل عن تغيرات مرضية ليست

نوعيــة فالذى اعتبره المعــلم لينك ومن تبعـه ارتشاحا درنيا هى بقايا
التهابات مزمنــة اعتيادية فى جوهــر الرئة وهـذا الخطأ آت من اعتبار
الاستحالة الجبنيــة التى تعترى الدرن غالبا عنـد استمراره زمنا ما و بلا صفة
نوعية للدرن وعلامة دالة على الطبيعة الدرنيــة لكل تكون مرضى يكابدها
ومن هذا الاعتبار كان ينسب كثير من المتحصلات المرضية للالتهابات المزمنة
التى كثيرا ما توجد فى الرئة الواقعة فى السل الى الدرن الدخنى بدون أن تكون
متعلقــة به وذلك لان تلك المتحصــلات المرضية الالتهابية تكــون غالبا
فى الابتداء رطبــة شفافة ذات لون سنجابى أو سنجابى محمر وعنـد استمرارها
زمنا ما و بلا تستحيل الى مادة جافة غير شفافة مصفرة جبنيـة وأخيرا الى مادة
سائلة قشطية أو لبنية مختلطة بندف (وهى المعروفة بالقيح الدرنى)
ومع ذلك فقد رفض الآن القول بان الاستحالة الجبنية وصف خاص بالتدرن
فقد ثبت ان الدرن ليس هو الذى بانفراده يمكن أن يكابد الاستحالة الجبنية
فقط بل كذلك غيره من التولدات المرضية التى ليس لها أدنى ارتباط بالدرن
و ذلك كا عقد السرطانيــة القديمة والعقــد اللينفاوية المتفخة والــدد
الدموية و التجمعات الصديدية المتكيسـة ونحو ذلك فاطـلاق لفظ التدرن
على الاســتحالة الجبنية قد ترك فان هذا موجب لاختلاط وتكدر الاذهان
حسبما كنت مضار بالعمل منذ سنين عديدة
ومذهب (لينك) الذى أهم شئ فيــه ان السل الرئوى ينشأ دائما عن تولدات
مرضية جـديدة (أعنى الدرن) قد تخلخل اساسه بالتقدمات التشريحية
المرضية المنسوبة للشهير (ورخوف) وصار لا يعول على هــذا المذهب فضلا
عن كونه أحدث تأثيرا مضرا بالنسبة للتمسك بالوسايط الواقية من هذا المرض
ومعالجته ومع ذلك فن الامور المســتغربة كون أغلب الاطباء لم يزلوا الى
وقتنا هــذا متمسكين بهذا المذهب
ثم ان تكاثف الرئة وتهتكها فى السل الرئوى وان كانا ناشئين عن تغيرات
التهابية الا أنه يوجـد فى الرئة الواقعة فى السل بجوار متحصــلات الالتهابات
الرئوية المزمنة درن بكثرة جدا حتى انه اتضح من ذلك أن مجرد تصادف هذه
المضاعفة أمر غــير قريب للعقل وان هــذا يدل على ان هناك ارتباطا سببيا

بين التدرن وتلك التغيرات الالتهابية وهذا الارتباط طبقا للمذهب المتسلطن ينحصر فى ان تكون الدرن هو التغير الابتدائى ثم تنضم اليه تلك التغيرات الالتهابية انضماما ثانويا غير متعلقة به ولا ينكر أن هذا الامر حقيق بالنسبة لبعض الاحوال لكنه ينعكس فى معظمها بمعنى أن تكون الدرن ينضم فى معظم الاحوال للتغيرات الالتهابية الرئوية السابق حصولها لانه من النادر جدا ان التدرن يصيب رئة لم يوجد فيها متحصلات التهابية رئوية منضمة من قبل

وحيث أن تكون الدرن يحصل دائما متى انتهت الالتهابات الرئوية السابقة بالارتشاح الجبنى فى جوهر الرئة وانه يطرأ كذلك بكثرة عقب تخلف عن كل من الالتهاب الرئوى الليفى والالتهاب الرئوى النزلى الحاد والمزمن ارتشاح جبنى جاز القول بانه لا يوجد بين التدرن والتغيرات الالتهابية السابقة عليه غالبا ارتباط لا واسطى أى ناشئ عن ينبوع مرضى أصلى واحد بل ان هذا الارتباط واسطى أى حاصل بواسطة الاستحالة الجبنية للمتحصلات الالتهابية الرئوية والذى يؤكد حقيقة هذا القول هو انه فى الاحوال النادرة التى فيها يطرأ الدرن فى رئة سليمة من قبل يكاد يوجد بدون استثناء بورات جبنية فى غير الرئة من الاعضاء وكذا يتأكد من التجارب المعلومة من انه فى احوال التدرن الممتد يوجد الدرن العديد القديم دائما بجوار المتحصلات المرضية الجبنية ومشاهدة الدرن بكثرة فى الرئتين انما تنشأ عن كثرة اصابة الرئتين دون غيرهما من الاعضاء بتغيرات مرضية التهابية تكابد متحصلاتها الاستحالة الجبنية

ثم بعد ان يتم مع الايضاح وجود الارتباط السببى بين الارتشاح الجبنى من الرئة والتدرن الرئوى وذكرنا مفصلا كثرة مضاعفتهما لبعضهما ساغ لنا شرح هذين التغيرين المرضيين الرئيسين من السل الرئوى وهما الالتهابات الرئوية المزمنة المنتهية بالارتشاح الجبنى والتدرن المزمن فى مبحث واحد ونعقب ذلك فى المبحث الرابع عشر بشرح الدرن الدخنى الحاد الذى لا ينضم الى الالتهابات الرئوية المزمنة على الدوام والذى لا يؤدى مطلقا لتهتك الرئة أى للسل الرئوى ولو كاد أن يكون قاتلا على الدوام

(المبحث الثالث عشر)
(فى الارتشاح الجبنى وتدرن الرئة المزمن المعروف بالسل الرئوى)
(و بقرحة الرئة عند الاقدمين من اطباء العرب)

النضح الالتهابى كما انه يعتريه استحالة شحمية عند انتهاء الالتهاب الرئوى بالتحلل ثم يسيل و يمتص تبقى فيه هذه الاستحالة الشحمية غير تامة عند انتهاء الالتهاب الرئوى بالارتشاح الجبنى فيصير النضح جافا وتضمر الجزيئات الخلاوية المحتوية عليها وتفقد شكلها المستدير وتنكمش عقب فقدمائها وتستحيل الى كتل غير منتظمة الشكل والامر المعلوم من ان متحصلات الالتهابات البسيطة للرئتين كثيرا ما تكابد الاستحالة الجبنية بخلاف الاعضاء المندمجة التى فيها يندر انتهاء التغيرات الالتهابية بهذه الكيفية ولا تحصل الا عند تكون كهوف مرضية حاوية للنضح المرضى الالتهابى يوجه بانه يوجد فى الرئة فى حالتها الصحية تجاويف طبيعية فيها يتراكم المتحصل الالتهابى فى اغلب الالتهابات الرئوية

وعلى ذلك نرفض مع التأكيد الرأى القائل بانه يوجد فى الابتداء شكل مخصوص من الالتهاب الرئوى ذو صفة مخصوصة تميزه عن باقى اشكال الالتهاب الرئوى فيه يحصل الارتشاح الجبنى الرئوى وانتهاؤه بتكون كهوف فى هذا العضو فان القول بشكل مخصوص من الالتهاب الرئوى وتسميته بالالتهاب الرئوى الدرنى او الجبنى من الخطا البين وربما نتج عنه اضطراب عظيم وتكدر فى الاذهان والاوفق أن يقال عكس المذكور ولابد ان كل شكل من الالتهاب الرئوى يمكن أن ينتهى بالارتشاح الجبنى فى أحوال مخصوصة وانه لا يوجد شكل مخصوص من الالتهاب الرئوى فيه يكون الارتشاح الجبنى هو الانتهاء الدائم الوحيد ومع ذلك فان الاشكال المختلفة من الالتهاب الرئوى تظهر اختلافات عظيمة بالنسبة لكثرة ما يحصل فى النضح الالتهابى من سيولته وامتصاصه أو جفافه ومكابدته للاستحالة الجبنية ففى الالتهاب الرئوى الدبى يعد هذا الانتهاء من النوادر ويندر مشاهدته فى الالتهاب الرئوى النزلى الحاد ويكاد يكون دائما فى المزمن منه

وانى لافضل اطلاق اسم الالتهاب الرئوى النزلى المزمن دون غيره من الالفاظ على التغيرات المرضية التى شرحها بعضهم وسماها بالتدرن المرتشح أو بالارتشاح الهلامى الدرنى كما سماها بعضهم بالالتهاب الرئوى الجبنى او الدرنى فان الارتشاحات الرئوية المسماة بالقصيصية أو القصية عند امتداد التغير المرضى امتدادا عظيما التى تشابه بيض الضفادع فى اللون واللمعان المتجانسة لاتنشأ فقط عن امتلاء الحويصلات الرئوية بالخلية جديدة مستديرة اعنى التغيرات التشريحية الواصفة للالتهابات الرئوية النزلية بل انها تنشأ كذلك عن امتداد الالتهاب النزلى ذى الافراز الغزير الى التفرعات الانتهائية الرفيعة من الشعب ومنها الى الحويصلات الرئوية غالبا وما كنت أرجح التسمية بالالتهاب الرئوى النزلى المزمن على التسمية بالالتهاب الرئوى الهلامى الاجزمى بان الاوفق تسمية الشئ باسمه الحقيقى اذ بذلك يسهل ايضاح أسباب السل الرئوى واعراضه وكذا الوسايط الواقية منه والعلاجية وليس من الصعب ادراك كون الالتهاب الرئوى النزلى المزمن يؤدى فى معظم الاحوال للارتشاح الجبنى زيادة عن الشكل الحادمن هذا المرض وعن الالتهاب الرئوى الليفى فانه ينتج عن كل من السير المزمن المستطيل لهذا المرض الذى يصطحب بتراكم عظيم من الخلايا فى الحويصلات الرئوية ولربما انجذب من حركة الشهيق عناصر خلوية جديدة من التفرعات الشعبية الرفيعة وبذلك تتزايد كمية تلك الخلايا فى الحويصلات الرئوية فتتراكم على بعضها بكثرة وتقع فى الفساد والتنكرز

وقد ازدادت اسباب السل الرئوى وضوحا ببيان كون التغيرات الالتهابية تؤدى فى معظم الاحوال للسل الرئوى وليست التولدات الجديدة وبكونه أيضا عندما يوجد فى الرئة الواقعة فى السل درن يكاد يسبق ذلك على الدوام بتغيرات التهابية رئوية تنتج عن مكابدة متحصلاتها للاستحالة الجبنية تكون الدرن وبذلك أمكن توجيه جملة أمور عديدة أكيدة لم يمكن توجيهها سابقا عندما كان ينسب كل سل رئوى لتكون مرضى جديد وصارت تلك الامور موافقة لنواميس الباثولوجيا العامة

ثم ان الاستعداد للسل الرئوى وبعبارة أخرى أكثر وضوحا الاستعداد

للالتهابات

للالتهابات الرئوية التي تنتهي بالارتشاحات الجبنية يكون غالبا عند الاشخاص ذوي البنية الضعيفة القليلة المقاومة

ومع هذا فلا يقال ان الاشخاص الاقوياء البنية ذوي المقاومة الطبيعية بالنسبة للاسباب المضرة يكونون مصونين بالكلية عن السل الرئوي فان الانتهاء النادر من الالتهاب الرئوي الذي بالارتشاح الجبني مع تلاش تابعي في الجوهر الرئوي قد يشاهد ايضا في مثل هؤلاء السليمين من قبل ولم يكن عندهم ادنى علامة على ضعف البنية وقلة مقاومتها كما ان الاطفال الاقوياء البنية جدا الجيدي التغذية يمكن ان يصابوا بالالتهاب الرئوي النزلي الحاد عقب الحصبة أو السعال التشنجي ثم يهلكون بسرعة وذلك لان متحصل المرض المذكور تعتريه الاستحالة الجبنية فان الاحوال العديدة من الهلاك التي شوهدت في اثناء سير أوبية الحصبة أو السعال التشنجي وكانت تنسب غالبا من منذ زمن قريب للتدرن معظمها كان ينتج عن الانتهاء المذكور للالتهاب الرئوي النزلي الذي يحصل في أثناء تلك الامراض بل والالتهاب الرئوي النزلي الاولي يمكن أن يمتد الى الحويصلات الرئوية ولو عند الاشخاص المتمتعين في الظاهر ببنية قوية وصحة جيدة فان الاشخاص ذوي القامة الربعة ليسوا مصونين عن الهلاك بالالتهاب الرئوي النزلي الحاد أو المزمن الذي يعقب تأثير البرد وينتهي بالارتشاح الجبني وفساد الجوهر الرئوي

وكون الاشخاص الضعفاء البنية الرديئي التغذية أكثر مرضا بالسل الرئوي والوقوع فيه من الاشخاص الاقوياء البنية ذوي التغذية الجيدة لا ينافي موضوع المذهب الذي نحن بصدده

فان التجارب اليومية قد دلت على ان حالة التغذية الرديئة تفضي غالبا الى قلة المقاومة بالنسبة للمؤثرات المضرة كما انه ثبت بها ان الاشخاص الضعفاء البنية ذوي التغذية الرديئة تمرض بسهولة وتشفى ببطء بمعنى انه يكثر عرضهم واصابة الاعضاء المختلفة من الجسم بالمرض تختلف كثرة وقلة بحسب السن فان الاشخاص بعينها التي تكون أصيبت في سن الطفولية بالذبحة الغشائية الحقيقية والكاذبة أو تهيجات سعالية وطفحات جلدية رطبة تكون في سن

المراهقة عرضة للاصابة بالانزفة الشعبية والامراض الرئوية الالتهابية لكن الاشخاص الضعفاء البنية الرديئي التغذية لا تميز عن أقوياء البنية وذوى التغذية الجيدة فقط بقلة مقاومتها التى بها تصير مستعدة للتغيرات التهابية رئوية او غيرها من التغيرات الالتهابية بل كذلك تكون الاضطرابات الغذائية الالتهابية التى تظهر عندهم تؤدى غالبا لمتحصلات التهابية غزيرة متكونة من أخلية سهلة التلاشى والفساد فيقال فى مثل هؤلاء الاشخاص ان جلدهم غير قابل للشفا لان أدنى اصابة جرحية عندهم تحدث تهيجا عظيما فى الاجزاء المصابة به يحصل تكون أخلية صديدية بكثرة وهذه الخاصية فيهم توجه من جهة بالضعف أعنى بتزايد قابلية التهيج ومن جهة أخرى بأن التهيج الالتهابى للاعضاء ذات التغذية الرديئة وذات النمو غير التام يؤدى لتكون مثل هذه الاخلية التى تتلاشى وتفسد بسهولة أكثر من كونه يؤدى لتكون أخلية ينشأ عنها جوهر التحامى جديد

ثم ان تأملنا ما تقدم مفصلا من التوضيح والبيان ولخصناه بكلمات قليلة استنتجنا منه

أولا ان تكاثف الرئتين وتهتكهما اللذين هما السبب الاصلى التشريحى من السل الرئوى يكونان فى الغالب متحصلات من التغيرات الالتهابية الرئوية والالتهاب الرئوى يسهل انتاجه للسل كلما كان تراكم الخلايا فى الحويصلات الرئوية عظيما ومكث زمنا طويلا اذ بذلك تعترى الاستحالة الجبنية الارتشاحات الالتهابية بسهولة

ثانيا ان الالتهابات الرئوية المنتهية بالارتشاح الجبنى لا تحصل فقط عند الاشخاص الضعفاء البنية ذوى التغذية الرديئة وانما يكثر حصولها فيهم وهذه الظاهرة مبنية من جهة على ان مثل هؤلاء الاشخاص يكون أقل مقاومة ومن جهة أخرى على ان الاضطرابات الغذائية الالتهابية التى تحصل عندهم يكون لها ميل لتكون خلوى عظيم ولسهولة حصول الاستحالة الجبنية فى المتحصلات الالتهابية

وعلى هذا يمكننا أن نبين مع الاختصار المسئلة المهمة المتكرر التجادل فيها وهى الارتباط بين داء الخنازير والسل الرئوى فنقول

الغدد اللينفاوية كثيرا ما تشترك مع غيرها من المنسوجات فى سن الطفولية خصوصا فى ازدياد وارتقاء قلة المقاومة المرتبطة غالبا بازدياد فى قابلية التهيج وميل المنسوجات المتهيجة تهيجا التهابيا لتكون خلايا جديدة بكثرة جدا ولذا نرى فى الاشخاص الذين لم يوجد عندهم هذا الاستعداد المخصوص ان العقد اللينفاوية لا تنتفخ وتلتهب وتتقيح الا عند وجود التهابات شديدة خبيثة فى أجزاء تكون المواد اللينفاوية لتلك العقد آتية منها بواسطة اوعيتها بخلاف الاشخاص الذين يوجد عندهم هذا الاستعداد فانه يكفى فيهم حصول تهيجات خفيفة فى العقد اللينفاوية بواسطة التهابات خفيفة جيدة فى الاجزاء الناشئة منها الاوعية اللينفاوية لتلك العقد حتى توقظ فيها تكونات خلوية غزيرة ولا يحصل اذ ذاك فى جميع الاحوال بل ولا فى غالبها التهاب وتقيح فى العقد بل يبقى التغير المرضى الحاصل من تهيج الغدد قاصرا على مجرد نمو خلوى وانتفاخ تلك العقد بتراكم الخلايا الطبيعية فيها وزيادة على ذلك فان هذه الانتفاخات الغددية تحال ببطء كغيرها من التغيرات المرضية التى تظهر عند مثل هؤلاء الاشخاص أعنى انها تستعصى ويحصل فى أحوال عديدة استحالة جبنية جزئية أو منتشرة فى الغدد المنتفخة وهذا يتم بسهولة كلما كان التراكم الخلوى غزيرا

ومثل هؤلاء الاشخاص الذين تشترك فيهم الاوعية اللينفاوية فى عدم المقاومة العمومية وميل المنسوجات لتكونات خلوية جديدة غزيرة عند وجود تهيجات التهابية تسمى بخنازيرى البنية أو ذات البنية الخنازيرية

والمنبه على ان الاستعداد فى انتفاخ العقد اللينفاوية بواسطة التراكمات الخلوية عند الاشخاص الخنازيرى البنية يكون ولابد مصاحبا على الدوام لاستعداد عمومى لاصابات مرضية سيما الاصابات الالتهابية وهذا الاخير يكون غالبا كثير الوضوح جدا حتى ان الاسباب المتممة لكل من الطفحات الجلدية الخنازيرية والارماد الخنازيرية والالتهابات النزلية الخنازيرية وغيرها من الاصابات الخنازيرية كثيرا ما تدرك وتختفى علينا بحيث يظهر غالبا أن هذه الالتهابات كانها تحصل حصولا ذاتيا (أعنى من نفسها كما تقول العوام) ولا توجد صفات تشريحية بها يمكن التمييز بين الطفح الجلدى

الخنازيرى والرمد الخنازيرى وغير الخنازيرى منهما وانما تعلق تلك الاصابات الالتهابية بمؤثرات مضرة واهية وكثرة ترددها واستعصائها هى التى يرتكن اليها بقطع النظر عن اشتراك العقد اللمفاوية فى الحكم على طبيعتها الخنازيرية

وعلى هذا فقلة المقاومة بالنسبة للمؤثرات المرضية المضرة للاشخاص الخنازيرية متى لم تزل وتنطفى فى الزمن الذى فيه تصاب الرئتان على الخصوص بالتغيرات المرضية وتكون قد زالت كثرة حصول الطفحات الجلدية الخنازيرية والاصابات الخبيثة للقرنية والملتحمة ونحو ذلك فلا بد وأن يحصل عندهم بسهولة عقب مؤثرات واهية تغيرات التهابية رئوية كما كان يحصل عندهم طفحات جلدية وارماد ونحو ذلك وتلك التغيرات الالتهابية الرئوية تكون ذات استعصاء كالاصابات الخنازيرية المذكورة وهذا الامر يساعد على انتهائها بالارتشاح الجبنى

وان تأملنا بغاية الدقة الى الامور التى تورث استعدادا للسل الرئوى طبقا للتجارب لاتضح لنا ان جميعها ينتج عنه عوق واضطراب فى النمو الطبيعى للجسم وحفظه

ففى كثير من الاحوال يكون الاستعداد للسل الرئوى وراثيا وفيما اذا كان سبب هذا الاستعداد الوراثى كون الابوين مصابين زمن العلوق بالسل الرئوى جاز التعبير عن هذا الاستعداد بالوراثى وليس المرض نفسه (كما يقال عادة) هو الموروث بل الموروث هو ضعف البنية وقلة مقاومتها اللذان نتج عنهما السل الرئوى عند الابوين اوظهر فيهما عقب حصول هذا المرض وكل من ضعف البنية وقلة مقاومتها الموروثين عند الطفل قد يكونان متعلقين بأسباب أخرى خلاف السل الرئوى فان الابوين المصابين بالسل كما ينتجان بكثرة اطفالا ذوى استعداد للسل الرئوى فكذلك الاشخاص الذين اعترتهم أمراض منهكة أو المنهوكو البنية بسبب الافراط من الشهوات أو المتقدمون فى السن ينتجون اطفالا مستعدين لذلك أيضا

ومن جملة المؤثرات التى تكسب الشخص استعدادا للسل الرئوى أو تزيد فى الاستعداد الخاقى التغذية غير الكافية وغير الجيدة فتغذية الرضع

بنحو الخبز والعجين بدلا عن ابن الام قد يكون هو الاساس الابتدائى فى ذلك فكثيرا ما يستمر مدة جميع سن الطفولية على تدبير غذاء غير جيد بحيث تحشى بطون الاطفال فقط كما تقول العوام بأغذية غير جيدة فتكتسب تبعا لذلك كلا من ضعف البنية وقلة مقاومتها اللذين هما عبارة عن الاستعداد للاصابة بداء الخنازير والسل الرئوى ووجود السل الرئوى فى الفقراء أكثر منه فى الاغنياء مبنى معظمه على كون الاول يتعاطون أغذية ضعيفة نباتية فى الغالب وبذا يوجه كثرة وجود السل الرئوى فى المدن العظيمة بمعنى ان هذا المرض تكثر الاصابة به بازدياد تعداد الفقراء فان كلا من الجوع والحرمان يكثر كما هو المعلوم فى المدن العظيمة ويقل فى القرى

ومن المؤثرات المضرة أيضا مثل التغذية غير الجيدة وغير الكافية قلة الهواء الجيد وليس عندنا توجيه كاف فى كيفية تأثير المعيشة الجلوسية المستمرة ولا سيما فى الاماكن المظلمة الرطبة تأثيرا مضرا للجسم لكن من المعلوم الثابت ان كلا من داء الخنازير والسل الرئوى يكثر فى بيوت اللقطة واليتامى وفى السجون وعند الشغالين فى الورش المجبورين على الشغل طول النهار فى محال مغلقة أكثر جدا مما يشاهد عند الاشخاص المتمتعين بالهواء المطلق ولا يمكن الى القول بأن كثرة كل من داء الخنازير والسل الرئوى فى هاتيك الاماكن انما تنشأ عن مؤثرات أخرى خلاف الحرمان من الهواء الجيد بل عن الاغذية غير الجيدة وغير الكافية فان الفقراء فى كثير من القرى مع كون أغذيتهم أقل جودة وعرضة لمؤثرات مضرة عديدة أكثر من الاشخاص المسجونين بدون أن يكونوا عرضة للامراض المذكورة مثل الآخرين

وليس من النادر أن يظهر الاستعداد للاصابة بالسل الرئوى عند اشخاص أقوياء البنية متمتعين بتغذية جيدة ظهورا واضحا وذلك لكونهم يصابون بامراض تعوق قبول الجواهر الغذائية أو تمثيلها فان كثيرا من المرضى المصابين بقروح فى المعدة وتضايق فى المرىء والمجانين الممتنعين عن تعاطى الاغذية زمنا طويلا من يهلك ولا بد بالسل الرئوى كما ان كثيرا من المرضى المصابين بالديابيطس السكرى والخلوروز المستطيل المدة والداء

لزهرى الثلاثى يصاب بالسل الرئوى وأكثر الامراض الحادة انتاجا للاستعداد بالسل الرئوى التيفوس عندما يكون سيره بطيأ مستطيلا

ومن هذا القبيل فى اكتساب الاستعداد للاصابة بالسل الرئوى تكرار النفاس والارضاع المستطيل وجلد عميرة والافراط من الجماع والمؤثرات النفسية المحزنة المنهكة والافراط من الدراسة والحزن المستطيل

وانى لاعتقد ان الرأى المنتشر من ان السل الرئوى مرض غير متعلق بأسباب مقيمة وانما يحصل فقط عقب سوء القنية الدنية غير صائب بل وخطر للغاية بالنسبة لحالة المرضى وعدم الالتفات الى التباعد عن الوسايط المتممة لهذا المرض ولذا كان زعم لبنك وتلامذته ان البرد وغيره من المؤثرات المضرة ليس لهما أدنى تأثير فى حصول السل الرئوى وان نزلات المسالك الهوائية المهملة معالجتها لاتؤدى لحصول هذا المرض مطلقا أضر جدا بالنسبة للوقاية من هذا المرض ومعالجته ومما يمدح العوام به جدا انهم عند وجود الاستعداد للاصابة بالسل الرئوى يكونون أشد احتراسا على الشخص المستعد زيادة عما يقال به فى الدراسة الطبية

ثم انه يعد من الاسباب المتممة التى يمكن انها تحدث السل الرئوى عند وجود الاستعداد المتفاوت لهذا المرض جميع المؤثرات التى تحدث تبعا لرأينا احتقانات نواردية نحو الرئة والشعب ولذا يمكننا بالنسبة للاسباب المتممة للسل الرئوى ان نحيل على ما ذكرناه سابقا بالنسبة لاسباب الاحتقانات الرئوية والنزلات الشعبية

وقد كنت أعد من الخرافات أو من الامور غير الجيدة التوجيه الرأى المنتشر عند العوام من ان السل الرئوى كثيرا ما يعقب شربة باردة جدا عندما يكون الجسم فى حالة حرارة وعرق والآن بعد تخلصى من مذهب المعلم (لبنك) لا أقول بعدم تجويز ذلك بالكلية بل اعترف انه من الجائز ان تبريد المعدة فجأة قد يؤدى كتبريد الجلد فجأة الى تغيرات نزلية او التهابية فى الاعضاء الصدرية تنتهى بالسل الرئوى والتجارب المعلومة من انه يمكن تعاطى كمية عظيمة من الماء البارد عندما يكون الجسم حارا بدون أن ينتج عن ذلك أدنى ضرر لاينافى الرأى القائل بان هذا السبب المضر قد ينتج عنه فى بعض

الاحوال

الاحوال تغير مرضى ثقيل كما ان تبريد الجلد الفجائى لا ينتج عنه فى جميع الاحوال مرض عند كل شخص أثر فيه ذلك بل فى بعض الاشخاص فقط وحيث لم يكن من الواضح توجيه كيفية احداث تأثير البرد فى الجلد الظاهر اضطرابا مرضيا فى عضو بعيد عن محل تأثيره فلا يجوز لنا انكار القول بأن تأثير البرد فى المعدة قد يعقبه عين ذلك

وقد شوهدت أحوال عديدة فيها حدث ذات يوم بعد تأثير البرد الشديد سعال وانضم له عما قريب مجموع اعراض السل الرئوى ولا بد ان كل طبيب مجرب فى الطب العملى قد شاهد نحو ذلك

وكون المهيجات فى الرئة والغشاء المخاطى الشعبى بواسطة اجسام غريبة لها أهمية بالنسبة للاسباب المتممة للسل الرئوى يثبت ذلك من كثرة حصول هذا المرض عند بعض أرباب الصنائع والشغالة الذين يمكثون دائما فى جو مشحون بالاتربة كالنحاتين والبرادين وصناع البرانيط والشغالين فى الصوف والسجاير ونحو ذلك

وأكثر الاجسام الغريبة المحدثة للسل الرئوى عقب تهيج جدر الشعب والجوهر الرئوى هو الدم المحتبس فى الخلايا الرئوية أو الشعب عقب حصول النفث الرئوى الدموى كما ذكرنا ذلك مفصلا عند الكلام على كل من النزيف الشعبى والرئوى ثم بعد ان تكلمنا على أسباب التغيرات المرضية الرئوية المهمة فى احداث السل الرئوى يجب علينا أن نضيف الى ذلك بعض كلمات على أسباب تدرن الرئة فنقول

اما تكون الدرن فى الرئة بدون أن يسبقه متحصلات جبنية فى أحد أعضاء الجسم فحصوله فى التدرن الرئوى المزمن المضاعف بتغيرات التهابية رئوية مزمنة يؤدى لحصول سل اندرمنه فى التدرن الدخنى الحاد (راجع المبحث الرابع عشر) وأسباب تلك الاحوال الاستثنائية غير واضحة ومع ذلك يظهر ان الاشخاص المستعدين لحصول التهابات مع تكونات جبنية هى الاكثر اصابة بالدرن الدخنى الرئوى الاولى الحقيقى بالمعنى المفيد لهذا اللفظ

والمواد الجبنية المتعلق بها تكون الدرن فى الرئة تكون تابعيا (أو ثانويا)

مجالسها فى معظم الاحوال الرئة نفسها وهى عبارة عن متحصلات من تغيرات التهابية رئوية صارت جبنية فنقول مع الوضوح حينئذ ان الخطر العظيم بالنسبة للمصابين بالسل هو كونهم يصابون بالتدرن والامور التى بها يتعلق انضمام الدرن للارتشاحات الجبنية والكهوف لرئوية فى كثير من الاحوال وليس فى جميعها وبها يتعلق أيضا حصول هذه المضاعفة تارة بسرعة وتارة ببطء خفية علينا وليست معروفة حق المعرفة لكن يظهر أن تكيس المواد الجبنية يقى و يحفظ من التدرن

ثم بعد المتحصلات الجبنية للتغيرات الالتهابية الرئوية فى كثرة احداث التدرن الرئوى الانسكابات البلوراوية والتامورية التى صارت جبنية والعقد اللينفاوية الشعبية الجبنية أيضا

و ينضم لذلك الاحوال التى فيها الدرن الرئوى يعقب كلا من المتحصلات الجبنية فى كل من التهابات أو تدرن الاعضاء التناسلية البولية أو المعى والعقد المساريقية أو المفاصل أو العظام او الغدد الدائرية

ولذا فى بعض الاحوال المبهمة يمكن أن يكون اثبات وجود بقايا جبنية فى أحد الاعضاء المذكورة مهما بالنسبة لتشخيص الدرن الرئوى ونحن نظن انه من الجائز عما قريب ستعتبر دلالات استئصال الغدد الدائرية بل ودلالات حلق بعض المفاصل والبتر عند وجود بقايا جبنية فى الغدد المنتفخة أو التهابات ذات متحصلات جبنية فى المفاصل من الامور الواقية من الدرن الرئوى

و بالنسبة لكثرة حصول السل الرئوى يمكن أن يقال ان سبع جميع أحوال الموت أو خمسها متعلق بهذا المرض وانه يكاد يوجد فى نصف جثث الهالكين بهذا المرض التغيرات الغذائية المتسبب عنها هذا المرض أو بقاياها فى الرئتين

ومن النادر حصول السل الرئوى فى أثناء الحياة داخل الرحم وفى السنين الاول من الطفولية ويكثر حصول النزلات الشعبية مع انتفاخ العقد اللينفاوية الشعبية واستحالتها استحالة جبنية والسل المعوى فى السنين الاخيرة من الطفولية زيادة عن السل الرئوى وسنذكر فى مبحث داء الخنازير كلا من النزلات الشعبية الخنازيرية ولين الغدد الشعبية واستحالتها

الى الحالة الجبنية مفصلا وتنبه على سهولة اشتباه هاتين الحالتين بالسل الرئوى الحقيقى وأما نحو سن البلوغ لاسيما بين سن العشرين والثلاثين فان كثرة حصول السل الرئوى ترتقى فيه الى أقصى الدرجات ثم يتناقص فى هذا الزمن تدريجا بدون ان ينطفئ بالكلية فى السن المتقدم جدا من الحياة ويظهر ان كلا من الاناث والذكور عرضة للاصابة به على حد سواء

ولم يثبت القول القديم الجازم بكثرة حصول هذا المرض فى الاقاليم الباردة وندرة حصوله فى الاقاليم الحارة فانه يوجد بقاع فى الجهات الشمالية مصونة عن السل الرئوى بالكلية كجزيرة ازلندة

وقد ذكر المعلم (هرش) بكتابه الشهير المتعلق بتاريخ الامراض وانتشارها الجغرافى ان درجة الحرارة المتوسطة الناتجة عن الوضع الجغرافى لاى محل ليس لها ادنى تأثير بالنسبة لكثرة حصول السل الرئوى فيه أو قلته وان كلا من التقلبات الجوية العظيمة وعظم درجة رطوبة الجو يساعد على كثرة حصول السل الرئوى دون المحال المرتفعة الوضع فان السل الرئوى فيها قليل الحصول وندرة حصوله فى البقاع الاجامية ليست على الدوام وليس ذلك متعلقا بوجود السم الاجامى بل بأمور أخرى سيما قلة عدد أهالى تلك البقاع وقلة العمران بها

ويظهر ان المصابين بامراض فى القلب مصونون عن حصول السل الرئوى وليس ذلك ناشئا كما كان يقال سابقا عن صفة الدم الوريدية بل عن كون متحصلات الالتهابات الرئوية التى كثيرا ما تعتريهم ليس لها ميل عظيم للاستحالة الجبنية بسبب كثرة احتواء الرئتين على الدم وشدة رطوبتهما عندهم وكذا المصابون بالانفزيما الرئوية المزمنة يندر حصول السل الرئوى عندهم ولذلك سبب آخر وهو أن الرئتين لقلة دمهما وجفافهما فيهم يندر أن تكونا محلا للتغيرات التهابية وان حصل ذلك عندهم كان خطر استحالة النضح الالتهابى الى الحالة الجبنية عظيما جدا كما بيناه

(الصفات التشريحية)

يوجد فى رئتى الهالك بالسل الرئوى عند فتح الجثة تغيرات مختلفة كالتجاويف المرضية المعبر عنها بالكهوف والارتشاحات الممتدة وغيرها من

تكاثفات الجوهر الرئوى و يكاد يوجد على الدوام كذلك تحببات صغيرة عديدة تظهر عند شق الرئتين على هيئة بورات صغيرة

أما التكاثفات المنتشرة فى الجوهر الرئوى فمن النادر أن تظهر فيها الهيئة الحبيبية و باقى الصفات الخاصة بالرئة الواقعة فى التكبد بواسطة الالتهاب الرئوى الليفى بل فى الغالب يظهر فى هذه التكاثفات هيئة مستوية قليلة اللمعان وسطحها يكون أملس عند شقها كما هى عادة متحصلات الالتهابات الرئوية النزلية لاسيما المزمنة وفى الغالب تكون الارتشاحات الهلامية قد اعترتها التغيرات المرضية الواصفة للاستحالة الجبنية من المتحصلات الالتهابية فان كانت هذه الاستحالة حديثة تشاهد على سطح الشق قليل اللمعان السنجابى اللون أو السنجابى المحمر نكت مصفرة متفرقة عديمة اللمعان وأما ان كانت تلك الاستحالة الجبنية قديمة وجدت تلك الاصفار المصفرة آخذة فى الاتساع حتى يستحيل جميع الجزء المتكاثف من الرئة الى مادة جبنية مصفرة والنضح الذى اعترته الاستحالة الجبنية يمكن أن يذوب بسرعة ويتلاشى هو والجوهر الرئوى ويستحيل كل منهما الى مادة شبيهة بالقشطة أو الصديد وبهذه الكيفية تتكون تجاويف أو كهوف ممتلئة بما يسمى بالصديد الدرنى ومتى حصل استطراق بين تلك الكهوف واحد الفروع الشعبية انقذف متحصلها الى الخارج وجدر تلك الكهوف تكون غير منتظمة متشرزمة و يكون الجوهر الرئوى حواليها مرتشحا بمواد جبنية وآخذا فى الذوبان بدرجة متفاوتة فى التقدم

والارتشاحات الهلامية أو النزلية التى تؤدى الى هذا النوع من الكهوف عقب مكابدتها للاستحالة الجبنية وذوبان الجوهر الرئوى المرتشح بتلك المواد تكون فى الابتداء عبارة عن تغيرات مرضية فصيصية غالبا فان كان مجلس الفصيصات الرئوية المريضة فى دائرة هذا العضو شوهدت الاجزاء المتكاثفة من دائرة الرئتين ذات اشكال مخروطية وأما اذا كان مجلسها باطن الرئتين فانها تظهر على شكل مستدير وان كان التغير المرضى قاصرا على محيط أحد الفروع الشعبية المجاورة له فانه يظهر على هيئة امتدادات مطابقة لسير الشعب وبامتداد التغير المذكور واختلاط عدد عظيم من

البورات القصيصية يمكن أن يتكاثف فص رئوى بتمامه أو رئة بتمامها وتصير محلا لالتهاب عظيم

لكن الارتشاح الجبنى من الجوهر الرئوى مهما كان شكل الالتهاب الناشئ هو عنه لا يؤدى فى جميع الاحوال بل ولا فى معظمها الى تلاشى الاصفار المرتشحة ارتشاحا جبنيا والى تكون الكهوف تبعا لذلك فان هذا الامر لا يطرأ الا فى أحوال مخصوصة فيها يكون المرض مرتقيا الى درجة عظيمة وينشأ ذلك ولا بد عن كون الخلايا المجتمعة فى الحويصلات الرئوية لا تزاحم بعضها فقط بل تحدث أيضا ضغطا فى الجوهر الرئوى المحيط بها وفى أوعيته وبذلك تموت جدر تلك الحويصلات الرئوية بسبب انقطاع السائل المغذى عنها فتفسد بالكلية ومن الجائز أن النمو الخلوى يمتد من السطح الباطن للحويصلات الرئوية الى الجوهر الرئوى نفسه فيساعد على حصول الانيميا والفساد التنكرزى فيه

فان كان التكون الخلوى ليس عظيما بحيث يحدث ضغطا عظيما على جدر الحويصلات الرئوية والاوعية المغذية لها حصل تحن وجفاف بالتدريج فى المواد الجبنية وتستحيل الخلايا الضامرة الى بقايا فاسدة تزول منها المواد العضوية شيأ فشيأ وترسب فيها مواد كلسية حتى يتكون عن ذلك تجمع طباشيرى أو طفلى وفى أحوال اخرى تذوب تلك الخلايا الضامرة وتصير قابلة للامتصاص وذلك بان تصير استحالتها الشحمية غير التامة تامة

ثم انه فى أثناء حصول احدى هاتين الاستحالتين من العناصر الخلاقية المشتمل عليها الارتشاح الجبنى يحصل فى الرئة ولا بد نمو خلوى عظيم فالبورات المتكلسة تتكيس والمسافات التى زالت عنها الاخلية بعد مكابدتها للاستحالة الشحمية وسيولتها تمتلئ كذلك بجوهر خلوى فالجوهر الخلوى فى مثل هذه الاحوال لا تعود له قابلية نفوذ الهواء منه بل تستحيل الى مادة يابسة ندبية وحيث ان الجوهر الخلوى الآخذ فى الانكماش يأخذ مسافة اقل من السليم الذى حل هو محله تصير الرئة صغيرة الحجم وينخسف الصدر وحيث ان هذا الانخساف لا يحصل الا بدرجة قليلة فالشعب تمتد على هيئة تجاويف مستطيلة أو مستديرة وتتكون الكهوف بهذه الكيفية فى السل الرئوى

المستطيل السير هو الغالب وامتصاص المواد الجبنية التي اعترتها الاستحالة الشحمية فيما بعد وسالت قد يكون تاما بالكلية بحيث يشاهد عند فتح الجثة جوهر رئوى مشتمل على كهوف شعبية خال عن الهواء بواسطة الالتهاب الرئوى الخلالى التيبسى بدون أن يشاهد فيه أدنى أثر من المواد الجبنية وكما ان قمة الرئتين تكون غالبا مجلسا لكهوف متفاوتة الاتساع وفصوصهما العليا متكاثفة فى امتداد عظيم امابواسطة الارتشاح الهلامى اوالجبنى أو بواسطة التيبس والانكماش يشاهد عند شق باقى أجزاء الرئة المحتوية على الهواء البورات المتكاثفة الصغيرة التى سبق ذكرها بعدد عظيم وتكون على هيئة تعقدات مصفرة بارزة على سطح الشق ولا ينبغى اعتبار تلك البورات المتكاثفة درنا فقد دلت التجارب على ان كثيرا من التكونات المرضية التى يظن بمجرد النظر انها تعقدات دخنية وكانت تعتبر سابقا انها درن على العموم ليست الا فروعا شعبية منقطعة أو قنوات ممتلئة بمواد جبنية او اخلية رئوية ذات جدر متكاثفة ومرتشحة ارتشاحا جبنيا ومتى أمكن تجنب الوقوع فى هذا الخطر عند الحكم على الصفات التشريحية اتضح لنا انه فى كثير من الاحوال لا توجد ادنى درنة فى الرئة المصابة بالسل وان كلا من تكاثف الجوهر الرئوى وتهتكه انما يكون متعلقا بالالتهابات الرئوية الآيلة الى التيبس والفساد

ومع ذلك فالذى نعتقده ان الشهير (ورچوف) قد جاوز حد الحقيقة بقوله ان مذهب التدرن الرئوى مبنى ولا بد على خطا تام وأن كل درن دخنى فى الرئة ليس الا بورات شعبية أو شعبية دائرية أو التهابية رئوية فانه ليس من النادر ان يشاهد فى الرئة المصابة بالسل عين التعقدات الشفافة السنجابية التى تكون منتشرة فى اغلب الاعضاء فى احوال التدرن الدخنى الحاد والتى لا يمكن الشك فى طبيعتها الدرنية بل والبورات المصفرة الجبنية من الرئة التى هى بلا شك عبارة عن تعقدات دخنية ينبغى اعتبارها درنا متى وجد بجوارها فى الرئة التعقدات الدخنية السنجابية ولو وجد فى غير الرئة من الاعضاء درن سنجابى جبنى فانه لا يمكن اقامة الدليل بان هذه التعقدات الجبنية ليست بدرن بل انها متحصلات من الالتهابات الرئوية

الحويصلية

الحويصلية اذليس عندنا علامة أكيدة بها نميز الدرن الجبنى عن التعقدات الدخنية الجبنية الناتجة عن الالتهاب وأذكر ثانيا ما اعتقده من كثرة تكون الدرن فى الرئة المصابة بالسل تكونا تابعيا بقطع النظر عن تدرن الغشاء المخاطى الشعبى

ثم اننا الى هنا قد اعتبرنا فى شرح الصفات التشريحية شكل السل الرئوى الكثير الحصول جدا الذى يكون فيه هذا المرض متعلقا فى جميع سيره بتغيرات التهابية أو الذى فيه ينضم الدرن الى تلك التغيرات الالتهابية فى الدور المتقدم من السل على شكل مضاعفة ثقيلة بدون أن يكون له مدخل عظيم فى تهتك الرئة المصابة

وأما السل الرئوى الدرنى بمعناه الحقيقى أعنى شكل السل الرئوى الذى فيه تهتك الرئة يكون متعلقا بلين الدرن وتلاشيه وبالالتهابات الردوية التابعية للدرن ففيه يبتدئ تكون الدرن تبعا (لوربوف) من الغشاء المخاطى للشعب فيشاهد هنا غالبا فى القصبة الهوائية والشعب الغليظة لطخ محببة متكونة من درن دخنى لايحصى عدده أوقروح لها صفات القروح الدرنية الاولية او الثانوية تبعا (لروكتنسكى) ويوجد زيادة على ذلك فى الشعب الرفيعة خلاف علامات الالتهاب النزلى التقيحى تعقدات صغيرة مبيضة أو مصفرة ويتحقق فيما اذا صادف الشق محله ان الدرن يكون قد امتد من الفرع الشعبى الى الخلايا الرئوية الجانبية والانتهائية له وبحسب اتجاه الشق تظهر التجمعات الدرنية المتكونة بهذه الكيفية على هيئة تجمعات مستديرة أو مخروطية الشكل من عقد دخنية وهذه الصفة التشريحية وجودها نادر أو لا توجد مطلقا فى التدرن الدخنى الحاد الذى فيه تكون الدرن لايحصل مطلقا من الغشاء المخاطى الشعبى والتغيرات الالتهابية التى تضاعف التدرن فى أحوال السل الرئوى الدرنى تكون غالبا اقل امتدادا عن شكل السل الرئوى الناشئ عن التهابات رئوية مزمنة وعن شكل هذا المرض الذى فيه التدرن التابعى يضاعف التغيرات المرضية المحدثة لتيبس وفساد فى المنسوج الرئوى فى الادوار المتقدمة منها وهذا الامر له أهمية بالنسبة لتشخيص السل الرئوى الدرنى ومن النادر جدا وجود احوال فيها جزء عظيم من الرئة او فص

درنوى بتمامه يقع فى التكاثف بواسطة الارتشاحات الرئوية الالتهابية وكذا من النادر أن يؤدى الارتشاح الجبنى عند تقدم سير المرض الى التيبس والانكماش والارتشاح الجبنى يكاد يتلاشى بسرعة بحيث تنشأ كهوف وقة احدى الرئتين وان وجد فيها بعض أجزاء منـدملة متيبسة وتعقدات جبنية متجمدة وكهوف شعبية لكنه يمكن التحقق من ان تلك التغيرات ليس لها ارتباط بالمرض الالتهابى بل متعلقة بتغير مرض قديم انتهى سيره

والشعب يختلف حالتها فى الرئتين المصابتين بالسل كما يتضح ذلك مما تقدم ذكره فالالتهاب النزلى التقيحى للشعب الرفيعة مع تمدد فى قطرها يصاحب الارتشاحات الهلامية والجبنية بل ويسبقها والتهاب التقرحى لجدر الشعب هو الذى يبتدئ به تلاشى البورات المرتشحة ارتشاحا جبنيا وذو بانها يكاد يبتدئ دائما حول محيط أحد الفروع الشعبية وكذا الغشاء المخاطى الشعبى فانه يظهر عليه فى أحوال السل الرئوى الدرنى طفح من تعقدات درنية ومعظم الكهوف الرئوية فى احوال السل الرئوى المزمن يكون ينبوعها من التمددات الشعبية ومن جهة أخرى ينسد عدد عظيم من الفروع الشعبية الكائنة فى الجوهر الرئوى المرتشح والمتيبس والمتحصل الصديدى للكهوف المنسدة الناشئة عن ذوبان الارتشاح الجبنى ينصب فى احد الفروع الشعبية الغليظة فلا يندر أن تشاهد جملة من تلك الشعب منتهية فى تلك الكهوف بفوهة تارة مستديرة وتارة بيضاوية الشكل وتارة منقطعة قطعا مستعرضا أو منحرفا ولا تكاد تنتهى بالتدريج وبكيفية غير مدركة فى جدر الكهف وبالجملة فالغشاء المخاطى للشعب يكون مجلسا لالتهاب نزلى مع افراز كثير الخلايا غزيرها ولو لم يكن اعتراه تغير عظيم وهذا الالتهاب للمسالك الشعبية هو السبب الرئيس فى النفث الغزير عند المصابين بالسل الرئوى

ثم انه ينسد كثير من الاوعية الدموية لاسيما فروع الشريان الرئوى الكائنة فى الجوهر الرئوى المرتشح المتيبس وتكون الاوعية المنسدة الكائنة فى جدر الكهوف نوع ثديات بل وكثيرا ما تكون نوع أجنحة ممتدة من احد جدر الكهف الى الآخر وقد تتأكل جدر تلك الاوعية قبل انسدادها بحيث ينشأ عن ذلك نزيف غزير يهدد الحياة ولننبه هنا على توزيع

مخصوص

مخصوص للدم يحصل فى الرئة التى اعتراها السل وهو ان الفروع الشريانية الرئوية فى أثناء انسدادها تمدد الاوعية الشريانية الشعبية فتوصل الدم الشريانى الى الرئة وكذا يمتد من الشرايين بين الاضلاع أوعية جديدة التكوين تمر من خلال الالتصاقات البليوراوية الى الرئة فالرئة المصابة بالسل تقبل حينئذ دما شريانيا أكثره منه فى الرئة السليمة وجزء منه يصل الى الاوردة الرئوية وجزء آخر الى الاوردة الشعبية وآخر الى الاوردة بين الاضلاع بعد مروره من خلال الالتصاقات البليوراوية وحيث ان جريان دم الاوردة الجلدية الى الاوردة بين الاضلاع الممتلئة يتعسر بهذه الكيفية فتمتلئ تلك الاوردة الجلدية وتتمدد ولذا يظهر نوع شبكة وريدية حزرقة على الجلد الظاهر من الصدر

وتكاد تصاب البليورا بشكل الالتهاب المزمن ابدا وذلك متى امتدت اصابة الجوهر الرئوى الى قرب دائرة الرئة فيحصل ثخن فى وريقتها وتلتصق مع بعضها وقد يكون هذا الثخن عظيما جدا بحيث تتغطى قمتا الرئتين بشبه قلنسوة ثخينة مندمجة ليفية فلا يتيسر عزل وريقتيها عن بعضهما بدون تمزق الرئة وكثيرا ما تلتصق وريقتا البليورا فى جميع امتداد الرئة وحينئذ فلا يوجد تجويف بليوراوى بحيث ان امتد التهتك والفساد الى البليورا لا يحصل تجمع غازى فى الصدر وأما عند حصول الفساد السريع والذوبان فى احدى البورات الجبنية الدائرية فانه يحصل التثقب قبل أن يتم الالتصاق أو قبل أن يصير متينا بحيث يمنع من دخول الهواء أو الاجزاء المتفسدة فى تجويف البليورا وكثيرا ما يوجد فى السل الرئوى الدرنى وفى الدرن الرئوى التابعى درن دخنى على البليورا نفسها أو على الاغشية الكاذبة المتكونة عقب الالتهاب البليوراوى المزمن

وأما الكهوف فمن النادر أن يعظم اتساعها بالكيفية التى كانت تعتبر سابقا انها هى الغالبة اعنى بالتلاشى الجبنى من الدفعات الدرنية المستجدة فى جدرها بل الغالب أن اتساع الكهوف مهما كانت كيفية تكونها يحصل بواسطة تغير مرضى دقيقى فى جدرها اى ارتشاح ثم تلاش وفساد تابعى

ثم ان المضاعفة الكثيرة الحصول للسل الرئوى بامراض الحنجرة قد تقدم الكلام عليها

وأما مضاعفات هذا المرض الكثيرة الحصول أيضا بتقرح المعى وتدرنه والاستحالة الشحمية والنشوية للكبد والالتهاب الكلوى الجوهرى والاستحالة النشوية لهذا العضو فكل منها مشروح فى محله

وفى الاحوال الحديثة لهذا المرض يوجد القلب الايمن المعوق استفراغ دمه فيكون غالبا فى حالة ضخامة وتمدد وأما فى الاحوال المزمنة منه التى فيها تكون كتلة الدم متناقصة فان القلب يوجد غالبا ضامرا صغيرا اضامرا

وكثيرا ما يوجد على اللسان وسقف الحنك للهالكين بهذا المرض تراكمات مبيضة كأنها من ابن متجبن مشتملة على أخيطة فطرية وجرثومات نباتية تشاهد بالمكرسكوب

وجثة الهالكين بهذا المرض تكون فى حالة نحافة كلية فيزول الشحم منها وكثيرا ما يكون جلدها الرقيق الكثير البياض (ان لم تكن من جنس السودان ونحوهم) مغطى بقشور بشرية (وهذا ما يعرف بتريازس النهوكة) وكثيرا ما تكون الارجل أوذيماوية ولا يندر أن يكون احد الشرايين الفخذية منسدا بسدد ذاتية والفخذ المصاب يكون حينئذ مرتشحا ارتشاحا استسقائيا عظيما وتكون الجثة بتمامها خالية عن الدم وانما يوجد فى القلب الايمن تعقدات دموية عظيمة رخوة ان كان الموت حصل بطء

(الاعراض والسير)

السل الرئوى يسير بكيفية مختلفة على حسب كون الاعراض متعلقة من ابتداء هذا المرض الى انتهائه بتغيرات مرضية رئوية اوعلى حسب كونها ينضم اليها فيما بعد تدرن الرئة أو كون هذا المرض يبتدئ بتدرن فى الرئة وفى معظم الاحوال يمكن تمييز هذه الاشكال الثلاثة عن بعضها مع التقريب ولنبحث ابتداء عن كل عرض يشاهد عند المرضى المصابين بالسل الرئوى على حدته مع اعتبار كل تغير مرضى فيهم يكون متعلقا به هذا العرض ثم نجتهد فى ذكر وصف سير كل من هذه الاشكال الثلاثة

مع الايضاح

فمنها سرعة التنفس وهو يحصل في جميع اشكال السل الرئوي ولو كان بدرجة متفاوتة وله أسباب مختلفة فتزايد سرعة التنفس الخفيف لا يكون مصحوبا على الدوام بالاحساس المتعب من التنفس الغير التام أو الذي لا يمكن اتمامه الا بمجهودات أعني بضيق النفس فكثير الا تحس المرضى ولو المصابون بالسل الرئوي المتقدم بضيق في النفس الا بكيفية برهية وذلك فيما اذا ازداد الاحتياج للتنفس بازدياد حركة التحليل بخلافهم في أوقات الراحة فان مجهودات التنفس تكفي بدون مشاق عضلية في ادخال كمية كافية في الأوكسجين الى الدم ودفع حمض الكربون المتكون في الجسم وفي أحوال أخرى قد ينضم للسل الرئوي سرعة عظيمة مستمرة في التنفس مصحوبة بضيق فيه وهذه السرعة تزداد ولا بد بالاسباب السابق ذكرها وتكون من الاعراض المتعبة جدا لهذا المرض

ثم ان تزايد سرعة التنفس أعني ضيق النفس عند المصابين بالسل الرئوي ينشأ اما عن تناقص متسع سطح التنفس أو عن الالتهابات النزلية المصاحبة لهذا المرض المضيقة للشعب الهوائية وتارة وهو نادر عن الآلام وقت التنفس وتارة وهو الغالب عن الحمى وفي الغالب يوجد ضيق التنفس عند ما يجتمع كثير من هذه الامور فيمكن أن يتناقص متسع سطح التنفس بدون أن تحس المرضى بضيق في النفس وبدون ازدياد في سرعة التنفس في أثناء الراحة وذلك فيما اذا لم يوجد عند المرضى التهابات نزلية شعبية ممتدة ولا آلام عند التنفس ولا حمى فكثير من المرضى ذوي الرئتين المتكاثفتين والمتهتكتين في امتداد عظيم بحيث يكاد لا يبقى عندهم نصف الاوعية الشعرية الرئوية الضرورية في التبادل الغازي الرئوي يوجد عندهم متى كانوا على حالة الجلوس او الاستلقاء في الفراش حركات تنفسية طبيعية في العدد وهذه الظاهرة توجه بكون الاشخاص السليمي البنية لا يحتاجون الا لجزء صغير من المجهودات المعينة على حصول التنفس لاجل اتمامه في الحالة الاعتيادية وزيادة على ذلك فمن المعلوم انه عند وجود تكاثفات او تهتكات ممتدة في الرئتين تمدد الخلايا الرئوية الموجودة والتي تكون حافظة لقابلية نفوذ

الهواء فيها عددا عظيما عند فعل حركة تنفسية اعتيادية بواسطة الهواء المجذب اليها وعلى حسب ذلك يندفع منها مدة الزفير كمية عظيمة فى الهواء زيادة عما يندفع من أخلية رئوية لشخص سليم وهذا التبادل الغازى المتزايد فى الخلايا الرئوية الباقية يعادل التناقص الحاصل فى التبادل الغازى من فقد الخلايا الرئوية المتكاثفة او المتلاشية

وبواسطة التحببات الدرنية التى لا يمكن اثبات وجودها بواسطة العلامات الطبيعية غالبا ينضغط عدد عظيم من الخلايا الرئوية المتفرقة وعدد عظيم أيضا من التفرعات الشعبية وبذلك يتناقص ولا بد متسع سطح التنفس ولذا أن سرعة التنفس العظيمة بدون أصمية فى صوت القرع أو نفخ شعبى تعتبر من العلامات المهمة للسل الدرنى الحقيقى فان شوهد مريض مصاب من قبل بتكاثف وتهتك من الرئة ولم يكن عنده ضيق فى النفس ثم اعتراه سرعة عظيمة وضيق فى النفس بدون أن يمكن توجيه هذه الظاهرة بامتداد التكاثف والتهتك فى جوهر الرئة المدرك بالعلامات الطبيعية ولا بازدياد الحمى ونحو ذلك كان هذا دليلا على ان السل الرئوى طرأ عليه التدرن فتوجد أحوال فيها يمكن الاستدلال من مجرد عدم التناسب بين قلة امتداد التكاثف وسرعة التنفس العظيمة جدا على طرو تلك المضاعفة

ولا حاجة لاطالة الكلام على كون سرعة التنفس عند المصابين بالسل تتزايد جدا بواسطة كل من الالم البلوراوى وبورات النزلة الشعبية المصاحبة لهذا المرض وامتدادها وكذا بواسطة مضاعفة هذا المرض بانسكابات بلوراوية أو استسقاآت صديدية أو تجمعات غازية فى هذا التجويف

كما وانه من الواضح ان سرعة التنفس تزداد بواسطة الحمى فان الحمى عبارة عن ارتقاء مرضى فى تولد الحرارة به تزداد حرارة الجسم فالاحتياج للتنفس يزداد فى كل حمى كما يزداد فى كل مجهود جسمى فانه فى كلتا الحالتين يزداد تكون حمض الكربون ويزداد الاحتياج ايضا للاوكسيجين

ومنها سرعة النبض الواضحة فانها أيضا ظاهرة من الظواهر الموقظة للظن بوجود السل الرئوى ولو قبل البحث عن الصدر لا بوجود النزلات الشعبية المزمنة وفى الحقيقة وجود النبض الهادى البطىء فى السل الرئوى ظاهرة

نادرة الوجود جدا وان وجدت كانت علامة جيدة دالة على فقد الحمى او على وقوف التغير المرضى المحدث للسل وقوفا وقتيا او يكون مستقرا أحيانا

ومنها آلام الصدر والكتفين وهي ظاهرة تفقد غالبا في أثناء سير هذا المرض جميعه وتصحب غالبا التغيرات المرضية الالتهابية أكثر من التدرن ففي الاحوال التي فيها يحصل الشك بوجود بورات التهابية رئوية صغيرة منتشرة أو درن ولا يمكن التمييز بينهما بواسطة العلامات الطبيعية يمكن أن تكون الآلام البلوراوية مهمة من حيثية التشخيص والحكم على العاقبة سيما وان انضم لها نفث الدم

(تنبيه) ألم الصدر في هذا المرض يكون ينبوعه اما تغيرات مرضية بلوراوية أو ألم عصبي متشعع في الاعصاب بين الاضلاع أو غيرها من التفرعات العصبية او قد يكون حصوله بكيفية ميخانيكية بواسطة مجهودات السعال

ومنها السعال والنفث وهما ظاهرتان يسبقان السل الرئوي في كثير من الاحوال بزمن كثير الطول او قليله و يكونان متعلقين بالالتهاب النزلي السابق عليه الذي بامتداده الى الخلايا الرئوية يؤدي لحصول التهاب رئوي نزلي وهذا الاخير باستحالته متحصلة الى الحالة الجبنية ثم تلاشيه فيما بعد يؤدي الى السل ومن الامور المهمة جدا الوقوف على حقيقة الامر عند كل مريض بأن كان طرق كل من الحمى والنحافة وانتقاع الجلد ونحو ذلك حصل بعد أن كان عند المريض سعال ونفث غزير من منذ زمن طويل أو بأن كانت تلك الظواهر طرات مع السعال وضيق النفس حالا وقبل ان صار النفث غزيرا ففي الحالة الاولى التي توجه بكون الحمى والنحافة انضمامها في دور متقدم من التدرن الى باقي اعراض هذا المرض يقوى الظن بوجود تغيرات رئوية التهابية وفي الحالة الاخيرة بوجود سل رئوي درني

ومدة الالتهاب النزلي المتقدم على السل تختلف فقد تشاهد أحوال فيها تظهر علامات امتداد هذا التغير المرضي الى الخلايا الرئوية والسل في الاسبوع الثاني أو الثالث من وقت حصوله ومن هذا القبيل ليس فقط أغلب الاحوال

التى فيها يعقب السل الرئوى المصيبة أو السعال التشنجي مباشرة و يتضم لهما بل كثير من الاحوال أيضا التى فيها يسير التدرن الرئوى بصفة الحمى النزلية او الجرب (اى الالتهاب الشعبى الوبائى) وفى أحوال اخر يشاهد استمرار الالتهاب النزلى السابق على السل عدة من السنين مع ثورانه فى أثناء الشتاء وتحسينه فى أثناء الصيف الى ان يمتد الى الخلايا الرئوية وفى مثل هذه الاحوال يكون حصل سكون فى روع الطبيب وذلك لانه مع وجود السعال والنفث لا يكون المريض محموما و يكون حافظا القوى وحالة تغذية عامة جيدة الى أن تتغير الصفة المرضية دفعة واحدة وتتضح علامات السل

كما وان المجلس الابتدائى لهذا الالتهاب النزلى الذى يكسب هذا السير الخطر يختلف فى بعض الاحوال فقد يكون مصيبا من الابتداء للفروع الشعبية الرفيعة كما انه قد يبتدئ من الحنجرة أو من القصبة الهوائية ثم يمتد الى الحويصلات الرئوية ومثل هذه الاحوال كثير جدا كما يتضح ذلك من شرح الطبيب (اندرال) الذى هو من التابعين لمذهب (اينك) فى الجزء الرابع من كتابه على الاكلينك الباطنى حيث قال

ان الالتهاب النزلى للقنوات الهوائية الذى اعراضه تسبق اعراض الدرن الرئوى لا ينشأ على الدوام من الفروع الشعبية الرفيعة بل ولا من الغليظة فيها فاننا قد شاهدناه جملة مرار مبتدئا من الجزء العلوى من المسالك الهوائية فلا يكون فى الابتداء الاعبارة عن مجرد التهاب حنجرى بسيط والاشخاص الذين يكونون من هذا القبيل وينبغى تمييزهم عن الذين لا يحصل عندهم الالتهاب الحنجرى الافى دور متفاوت التقدم من السل الرئوى لا يكون ظهر عندهم أدنى شئ من الاعراض الدالة على وجود اصابة رئوية ثما عند اصابتهم بالذبحة الحنجرية لا يظهر لها فى الابتداء أدنى خطر ومع ذلك فالصوت يبقى أبح والحنجرة تكون مجلسا لاحساس بتضايق لا بألم حقيقى و بعد زمن متفاوت الطول يعود السعال بنوب متعبة كثيرا أو قليلا والاحساس المتعب الذى يكون فى الابتداء قاصرا على الحنجرة يمتد بالتدريج الى القصبة الهوائية ثم الى الشعب وكل نوبة من السعال تحدث نوع احساس بدغدغة وحرارة متعبتين بل واحيانا تحدث ألما حقيقيا خلف

القص وهنا يمكن اتباع سير الالتهاب من الابتداء الى الانتهاء الذى يمتد من اعضاء الازدراد والتكلم الى القصبة الهوائية والشعب وتفرعاتها وحينئذ يكتسب المرض صفة ثقيلة فتضطرب الدورة وتتغير التغذية وحينئذ لاشك فى ابتداء تكون الدرن على ماقيل فى الجوهر الرئوى

ثم ان امتداد الالتهاب النزلى الى الخلايا الرئوية واستحالة ارتشاحه الى الحالة الجبنية يكثر حصوله عند الاشخاص الغير الجيدى التغذية الضعفاء البنية زيادة عن الاشخاص الجيدى التغذية الاقوياء البنية

والاشخاص الذين يكون اعتراهم مرارا التهابات نزلية وكانت النزلات الشعبية عندهم كثيرة الاستعصاء يكونون اكثر تهددا للاصابة بهذا المرض

وبالجملة فقد يدل النفث المنقذف من المريض فى اثناء الالتهاب النزلى السابق على السل الرئوى على الخطر فانه ان شوهد فيه أشرطة رقيقة ذات حواف محدودة واضحة الاصفرار كان ذلك من العلامات الخطرة جدا فان هذا يدل على أن مجلس الالتهاب النزلى فى الفروع الشعبية الرقيقة وان متحصله كثير الخلايا وعندما يكون مجلس شكل هذا الالتهاب بهذه الكيفية يخشى جدا من امتداده الى الخلايا الرئوية وأغلب الاطباء الذين لم يتبعوا الرأى ناويعتبرون ان كل سل رئوى ناشئ عن التدرن لايعتبرون هذا النفث اذ الاشرطة أو الخطوط الصغيرة علامة للالتهاب الشعبى النزلى السابق على الدرن بل علامة من علامات السل نفسه او الدرن الرئوى ثم ان كلا من السعال والنفث يندر أن يفقد فى اثناء هذا المرض ومع ذلك توجد بعض احوال نادرة فيها كل من ارتشاح الرئة ومكابدتها للاستحالة الجبنية يحصل بدون اصابة متقدمة أو مصاحبة فى الغشاء المخاطى الشعبى وعند مثل هؤلاء المرضى يفقد من ابتداء المرض كل من السعال والنفث فيكون كل من الحمى والاضطراب العام وفقد الشهية والضعف والنحافة مكونا للاعراض الواضحة العسرة التوجيه الى أن يدل البحث الطبيعى للصدر على حقيقة الامر

وكذا عندما يكون السل الرئوى مصحوبا بالسل المعوى وحصل اسهال غزير قد يتناقص كل من السعال والنفث ولو فى الدور المتقدم من هذا المرض أو يفقد بالكلية وهذه الظاهرة توجد بكون التهيج الشديد فى الغشاء المخاطى أحدث ولا بد نحو يلا عظيما من الغشاء المخاطى الشعبى

وأما السعال الابح أو المفقود الرنانية فيعد من العلامات المهمة للسل الرئوى الدرنى وللسل الناشئ ابتداء عن تغيرات التهابية مفسدة وتضاعف بالدرن والاحوال الغريبة التى فيها يكون تغير الصوت وفقد رنانية السعال عند المصابين بالسل الرئوى ناشئين عن الضغط الواقع من التكاثفات البلوراوية على العصب الراجع وشلل الاحبال الصوتية نادرة جدا بالنسبة للاحوال التى فيها يكون العرضان المذكوران ناشئين عن قروح درنية فى الغشاء المخاطى الحنجرى ولذا متى صار السعال فى أدوار السل المتقدمة أبح فاقد الرنانية دل ماذكر على تدرن تابعى وأما اذا كان السعال من الابتداء لاسيما فى الزمن الذى فيه لم يزل النفث زجاجيا فاولم يدل البحث الطبيعى عن الصدر على تغيرات مرضية واضحة ساغ الظن بأن هذا السل درنيا ابتدائيا ولا يندر أن يبتدئ تكون الدرن فى الشعب والحنجرة ثم فيما بعد يمتد الى الفروع الشعبية الرقيقة

واما النفث الذى يقذف فى اثناء سير السل الرئوى فان معظمه يكون متحصلا للالتهاب النزلى الشعبى المضاعف لهذا المرض الا انه يظهر فيه بعض اوصاف خاصة بها يقوى التأكد من تشخيص هذا المرض

ومن الامور الحقيقية ما قاله كانستات ان من الاعراض المهمة الموقظة للظن بوجود التدرن الرئوى بقاء النفث حافظا للصفة الفجة زمنا طويلا كصفة النفث فى الالتهاب الشعبى الحاد مع استمرار السعال المستعصى والحمى فان تكون الدرن فى الغشاء المخاطى الشعبى يصطحب ولا بد بسعال مستمر مؤلم ونفث جزئى قليل المواد ذات الشكل وهو المعبر عنه عند الاقدمين بالنفث الفج وعند المتأخرين بالنفث المخاطى

وان تحقق بالبحث المكروسكوبى ان النفث المشتمل على أشرطة مصفرة واضحة محتو على الياف مرنة تعرف بوضعها وتعرجها انها آتية من جدر

الخلايا الرئوية صار الظن الذى يخشى من وقوعه عند ظهور هذا النفث
أمرا محققا فان التكون الخلوى يكون قد امتد من سطح الغشاء المخاطى
الى جدر الشعب وما يحيط بها وحينئذ اثبات وجود الالياف المرنة فى النفث
علامة أكيدة على السل

وأما اختلاط الدم بالنفث المخاطى الصديدى اختلاطا قويا بحيث يكتسب
لونا احمر مصفرا مستويا فعلامة مشخصة للالتهاب الرئوى المزمن بحيث
يستدل مع التقريب من وجود هذا النفث فى أثناء سير الالتهاب النزلى الشعبى
المزمن على امتداد هذا المرض الى الخلايا الرئوية

واما ان تكونت كهوف فى الرئة فان النفث يكتسب ولابد شكلا مخصوصا
يعتبر عموما واصفا للسل الرئوى ويعتبر كذلك بغير حق واصفا للدرن الرئوى
فيوجد فى اناء البصاق نفث مستدير فى شكل قطع المعاملة ذو لون سنجابى
منعزلة قطعه عن بعضها بافراز مخاطى شعبى صاف متفاوت الكمية وان
النقط هذا النفث فى كوبة عميقة شوهد فيه اكر مستديرة غير منتظمة
التكور وغير شفافة وذات دائرة مشرزمة تسقط فى قاع هذا الاناء

وهذا النفث الكرى المذكور يكاد يعتبر عند الاقدمين من الاطباء علامة
اكيدة على وجود كهوف فى الرئة وبالبحث المكروسكوبى يشاهد انه
متكون من أخلية جديدة جنينية مكابدة للاستحالة الشحمية ومن كمية عظيمة
فى جسيمات زاوية وبقايا حبيبية رفيعة وكثيرا ما يوجد فيه الياف مرنة آتية
من جدر الخلايا الرئوية وفقد الشفافية والتلون السنجابى المائل
الى الخضرة للنفث ناشئان عن كثرة احتوائه على عناصر ذات شكل تختلط
به عند مكثه زمنا طويلا فى الكهوف الرئوية وأما الشكل المستدير للنفث
فهو ناشئ عن كونه يميل ولو بعد انقذافه لحفظ شكل التجاويف الرئوية التى
كانت مشتملة عليه وأما ميله الى السقوط فى قاع الاناء من الافراز الشعبى
فناشئ عن قلة اختلاطه بالهواء وهو فى الكهوف الرئوية بخلاف الافراز
الشعبى المضطرب على الدوام بحركة هواء الشهيق والزفير فانه يحتوى على
فقاعات هوائية ويكون خفيفا

وأما الجزيئات الصغيرة المستديرة الجبنية الكريهة الرائحة التى تشاهد

احيانا في النفث وتعتبر عند العوام علامة اكيدة على الدرن فانها تكون عادة آتية من هالات اللوزتين ويندر وجود مواد خشكريشية دفتيرية صغيرة آتية من جدر الخلايا الرئوية والبحث الكيماوي لا يستدل منه على شيء في التمييز بين النفث المنقذف في الالتهاب الشعبي النزلي البسيط والسل الرئوى

وأما الحمى فهي من الاعراض الملازمة للسل الرئوى سواء كان ناشئا عن التهابات رئوية او تدرن وقد اوضح (سمسم) ان امتداد الالتهاب النزلي الشعبي الى الخلايا الرئوية عند الاطفال يصطحب على الدوام بارتقاء عظيم في حرارة الجسم وسرعة في النبض وعين ذلك يحصل في ابتداء الالتهاب الرئوى النزلي عند الشبان وزعم (لوى) من انه في معظم الاحوال (اعني اربعة اخماس المرضى) لا تحصل لهم الحمى الا في دور متقدم من التدرن الرئوى مبني على ان المؤلف المذكور متمسك بمذهب (ليمك) ويعتبر الالتهاب النزلي الاولى ناشئا عن التدرن السابق الحصول وكثيرا ما نبهنا على نتائج هذا الزعم الخطرة ونقول مع التأكيد انه بالملاحظة الدقيقة لحرارة الجسم وسرعة النبض في كل التهاب شعبي نزلي بسيط والمعالجة الدقيقة لكل حالة فيها يظهر في اثناء سير النزلات الشعبية المزمنة يمكن ولا بد تجنب ظهور السل الرئوى وامتداده وكما ان ظهور الحمى علامة مهمة دالة على امتداد الالتهاب النزلي من الغشاء المخاطي الشعبي الى الخلايا الرئوية فكذلك استمرارها يدل على ان التغيرات الالتهابية الرئوية لم تقطع سيرها ولم تنته وأقواس الحرارة المبينة عند رسم درجة حرارة المصابين بالسل الرئوى تكون غالبا مساوية لبعضها تساويا عظيما بحيث يكاد يحكم منها مع التأكيد على السل الرئوى كما يحكم من اقواس الحرارة في التيفوس والالتهاب الرئوى الليفي الحاد على هذين المرضين والفرق بين حرارة الصباح والمساء يكون عادة من درجة الى درجة وخمسة خطوط مئينية ويندر أن يكون اقل من ذلك وكثيرا ما تكون درجة الحرارة في الصباح طبيعية تقريبا بخلافها في وقت الظهر والمساء فانها تصل الى درجة ٣٩ بل ابلغ وسير الحرارة المذكور ليس خاصا بجميع انواع حمى الدق فاننا ان قارنا أقواس الحرارة عند شخص مصاب بالسل وشخص آخر

معتبر به تقيح دائري مزمن كالتسوس ونحوه اتضح لنا فرق عظيم بالنسبة لانتظام الانحطاط الصباحي والثوران المسائي والى الآن لم تنته الابحاث العديدة عن حمى الدق عند المصابين بالسل لاسيما الامور التي بها يضطرب سيرها المنتظم ومع ذلك يمكننا أن نقول مع التأكيد انه في أحوال السل الدرقي بالمعنى الحقيقي له وفي أحوال طرق التدرن على الالتهابات الرئوية المفسدة يكون الفرق بين حرارة الصباح والمساء قليلا غالبا ولذا يستنتج من ذلك جودة في الحكم على العاقبة مادام طرز الحمى مترددا أو متقطعا بخلاف ما اذا كان قريبا من الطرز المستمر فانه في الحالة الاولى يمكن تلطيف سير الحمى أو قطعه بالكلية وتحسين حالة تغذية المرضى وقوتها بخلافه عند المرضى الذين لا يوجد عندهم انحطاط صباحي فلا يشاهد حصول هذا النجاح

ومتى تكيست المواد الجبنية أو حصل فيها ذوبان تابعي وامتصت أمكن أن تزول الحمى بالكلية ولذا لا يندر فقد الحمى بالكلية عند بعض المرضى الموجود عندهم كهوف عظيمة في قمة الرئتين وفي مثل هذه الاحوال أي التي ينتهي فيها الالتهاب الرئوي بالتيبس يوجد تفاوت عظيم بين العلامات الطبيعية والنفث الكري الذي ينقذف صباحا كل يوم وبين الحالة الصحية العامة للمريض وهيئته الصحية وقواه وتغذيته الجيدين وقد اوضحنا فيما تقدم ان مثل هؤلاء الاشخاص ولو انتهى مرضهم بشفاء نسبي يكونون على الدوام مهددين بالوقوع في السل عقب نكسات التغيرات الالتهابية الرئوية او التدرن التابعي للرئة ولذا كان من الموصى به في الطب العملي الاستمرار على وزن جسم مثل هؤلاء الاشخاص وقياس درجة حرارتهم حتى يعلم ان كان هذا العارض وقع عندهم أم لا ومن هذا الايضاح يستنتج ان معرفة قياس درجة الحرارة مهمة جدا في تشخيص السل الرئوي والحكم على عاقبته ومعالجته وأقل ما هنالك انها مهمة فيه كما في غيره من الامراض

وأما فقر الدم والنحافة فهما عرضان استعار السل منهما اسمه وذكرنا انهما هنا بعد الحمى ناشئ من عدم شك في كون الحمى هي الينبوع الاصلي لهما ومما يدل على حقيقة النظريات القائلة بان ارتقاء حرارة

الجسم ارتقاء مرضيا اعمايفتج عن ازدياد تولدها التناقص السريع فى وزن الجسم ولو بعد الحمى القصيرة المدة وقد ثبت لنا بالقياسات العديدة للحرارة فى الاكلينك عند المصابين بالسل الرئوى أن نقص وزن الجسم أو ازدياده مرتبط ولا بد بارتقاء الحمى أو زوالها والرأى القائل بان الحمى الخفيفة الشدة المستمرة يقل حصول النهوكة فيها سيما متى لازم المريض الفراش أقل من حمى الدق التى فيها الحرارة اليومية للجسم تكون طبيعية تقريبا فى بعض الساعات ثم ترتقى ارتقاء سريعا صريحا للغاية وعلى كل حال فتولد الحرارة وفقدها عند مرابجسم مدة الارتقاء السريع عظيم جدا كما أثبته (ايرمن) ونحن نقول بهذا القول ومعرفة كون الحمى هى التى ينتج عنها نهوكة الجسم وفقد قواه عند المصابين بالسل مهمة جدا بالنسبة لمعالجة هذا المرض

(العلامات الطبيعية)

أما البحث بالنظر فيستدل به عند كثير من المرضى المصابين بالسل الرئوى أو المظنون وجوده عندهم على الهيئة السلية ويعنى بذلك صفة مخصوصة من الجسم تدل على عدم تمام تغذيته وتكوينه وهى توجد عند الاشخاص الذين اثرت فى أجسامهم مؤثرات مضعفة عائقة لتمام نموها فعظام مثل هؤلاء تكون دقيقة وجلدهم رقيقا وو جناتهم محمرة وصلبة اعينهم مزرقة والمنسوج الخلوى تحت الجلد قليل الشحم وعضلاتهم قليلة النمو وعضلات العنق تسمح عندهم بسقوط الصدر بحيث يظهر العنق طويلا والعضلات بين الاضلاع تسمح بتباعد الاضلاع عن بعضها تباعدا عظيما فتكون المسافات بين الاضلاع عريضة وزاوية اندغام الاضلاع فى القص أكثر حدة وتجويف الصدر بجمعه أكثر تفرطحا وضيقا واستطالة عن اقوياء البنية العضليين وكثيرا ماتكون الكتفان متجهتين وساقطتين الى الامام والحافتان الانسيتان لعظمى الكتف بارزتين على شكل جناحى

ثم انه فى العصر الاخير لم يلتفت الى أهمية الهيئة السلية بالنسبة لتشخيص السل والحكم على عاقبته ولا يشك فى ان الهيئة المذكورة توجد عند اشخاص

كثيرين مع بقائهم مصونين عن الاصابة بالسل الرئوي و يعمرون طويلا الا ان ذلك لا ينافي القول بان الهيئة السلية علامة قوية على ضعف البنية وسهولة اصابتها او على وجود استعداد للسل فان وجد عند مريض ذي هيئة سلية نزلة شعبية في قمة الرئتين خشي ولا بد من ان يمتد ذلك الى الخلايا الرئوية او ربما كان قد امتد بالفعل أكثر مما اذا كان هذا التغير النزلي مصيبا لشخص عضلي قوي البنية

واما انخساف الحفرة فوق الترقوة وتحتها في كلتا الجهتين او في جهة واحدة الذي كان يعتبر عرضا مهما للسل الرئوي فلا يدل على تدرن رئوي ولا نضج جبني ولا تلاش في الجوهر الرئوي بل لا يدل الا على مجرد صغر في حجم قمة الرئة بواسطة التيبس أو الانكماش وحيث ان هذا التغير هو الذي يحدث بانفراده انخساف الصدر كان هذا العرض علامة مهمة دالة على انتهاء جيد أو على شفاء نسبي للتغير المرضي الغذائي الذي هو منشأ السل الرئوي غالبا وانما في الاحوال التي فيها يوجد بجوار هذا العرض اعراض أخرى دالة على تقدم التهتك المرضي ساغ الحكم بوجود السل الرئوي وتشخيصه

واما ضعف الحركات التنفسية في الاجزاء العليا من الصدر فانه ان وجد مصاحبا لانخساف الاجزاء المذكورة كان دالا ولا بد على ما دل عليه هذا الانخساف فانه في مثل هذه الاحوال لا يطاوع الجوهر الرئوي المنكمش او المتيبس جذب عضلات الشهيق وان كانت الاجزاء الباقية على ضعف حركتها مدة الشهيق حافظة لتحدبها الطبيعي وكان مع ذلك صوت القرع أصم فارغا جاز الحكم حينئذ على وجود تكاثف ممتد في الجوهر الرئوي وفي الغالب على وجود نضج التهابي رئوي وأما ضعف حركات التنفس في جزء من الصدر فيه لا يستدل بالقرع على اصمية بل على لغط طبيعي أو فارغ طبلي فانه يستنبط منه وجود الدرن لكن هذه العلامة ليست أكيدة فان الالتهابات الرئوية القصيصية المنتشرة يمكنها اضعاف حركات التنفس بدون احداث أصمية في صوت القرع

وأما ضربات القلب الممتدة كثيرا وتحول قمته الى الوحشية فانها توجد بكثرة في أحوال تيبس الفص الرئوي العلوي اليساري وانكماشه اذ بذلك يتعرى

التامور فى امتداد عظيم و ينجذب القلب الى اليسار وهذا العرض يدل كانخساف جدر الصدر على شفاء نسبي للتغير الرئوى فلا يجوز الحكم به على وجود السل الرئوى الامتى وجدت اعراض تهتك الرئة بواسطة تغيرات التهابية رئوية اودرنية وحمى وتناقص عظيم فى وزن الجسم

وبالبحث بالجس الذى كان يستدل به سابقا على امتداد حركات جدر الصدر وتحول القلب يستدل كثيرا على تغير فى الاهتزاز الصدرى أى التموج الصوتى عند المصابين بالسل الرئوى فكثيرا ما يكون هذا الاهتزاز متزايدا أعلى الكهوف الرئوية العظيمة المحتوية على هواء المستطرقة بفرع شعبى وكذا الارتشاحات القصيصية الرئوية والتدرن الرئوى الممتد الذى يؤدى لاسترخاء فى الجوهر الرئوى يمكن بها ازدياد الاهتزاز الصدرى ومع ذلك فان هذا التموج الصوتى لا يمكن الارتكان اليه فى تشخيص السل الرئوى الا نادرا كما ذكره (سايتس)

واما البحث بالقرع فيستنتج منه علامات مهمة فى تشخيص السل الرئوى حيث بواسطته يمكن بسهولة معرفة الحد العلوى من الرئة (كما قاله سايتس) وهذا فى الامامى اسهل منه فى الخلفى وعند انفتاح الفم أسهل منه عند انغلاقه وذلك ان اللغط الطبلى للقصبة الهوائية حينئذ يسهل انضاحه عن اللغط الطبلى لقمة الرئة ولذا ينبغى عدم الاهمال فى البحث بالقرع عن قمة رئة المصابين بآفات رئوية مزمنة اذ من المحقق ان ارتفاع قمة الرئتين متساو فى كلتا الجهتين فى الحالة الطبيعية وبالقياس من الترقوتين يتضح ان هذا الارتفاع يبلغ من ثلاثة الى خمسة سنتيمترات وعند وجود اصابات مزمنة فى الرئتين كثيرا ما يوجد فى الجهة المصابة انخفاض فى قمتها فانخفاض الحد العلوى من قمة الرئة يستدل به كانخساف الحفرة فوق الترقوة او تحتها على تيبس وانكماش فى تلك القمة واصمية صوت القرع التى تشاهد بالخصوص فى القسم فوق الترقوة وتحتها او على نفس الترقوة وكذا فى الحفرة فوق الكتف والشوكة فى الظهر تعتبر علامة واصفة للسل الرئوى عند الاطباء بل والعوام وأغلب المرضى الذين يستشيرون طبيبا بعد آخر يعلمون جيدا امتداد الاصمية وما كانت عليه من الاتساع فى البحث السابق واللغط الاصم فى الاجزاء

المذكورة

المذكورة يدل على ان الجوهر الرئوى مرتشح فى امتداد عظيم أو متيبس بواسطة تكون خلوى فيه ولا ينشأ عن التدرن مطلقا تكاثف ممتد جدا بحيث يصير صوت القرع أصم وبالجملة فمن الجيد على وجه العموم كون امتداد الاصمية مطابقا لباقى الظواهر المرضية وازدياد الاصمية متناسبا بالنسبة لازدياد المرض وان كان الامر بخلاف ذلك خشى من كون المريض مصابا بتدرن الرئة وصوت القرع غير الاصم وان كان فارغا أو طبليا يمكن وجوده فى احوال الارتشاحات القصبية الرئوية والدرن المخى ان نشأ عنهما تناقص فى المتحصل الهوائى للرئة واسترخا فى جوهرها لكن الاغلب ان لا يوجد فى مثل هاتين الحالتين تغير فى صوت القرع وأما اللغط الطبلى الواضح فانه يشاهد أعلى الكهوف الرئوية المحتوية على هواء وان حصل تغير فى ارتفاع هذا اللغط بواسطة فتح الفم وانغلاقه كان هذا دليلا قطعيا على وجود كهف رئوى

وعند وجود رنانية معدنية فى صوت القرع وهى ظاهرة نادرة فى السل الرئوى يحكم بوجود كهف عظيم فارغ ذى جدر ملساء منتظمة أسفل المحل المقروع وذلك متى كان الطبيب متأكدا من عدم وجود تجمع غازى فى الصدر واما مايسمع عند القرع كصوت الاناء المشعور فانه ينشأ عن طرد الهواء من كهف سطحى رقيق الجدر عند القرع عليه الى كهف مجاور له او فرع شعبى

وبالبحث بالتسمع كثيرا ما توجد اعراض واصفة زيادة عند النفخ والتكلم الشعبيين واللغط الكهفى وهى علامات النزلة الشعبية التى تستمر جملة اسابيع بل واشهر قاصرة على قمة احدى الرئتين ويندر أن لا يسمع فى هذا المحل الا خراخر كما ذكرنا بل الغالب ان يوجد عرض مهم وهو ان اللغط التنفسى الحويصلى يصير فيه ضعيفا غير واضح بسبب تضايق عدد عظيم من الفروع الشعبية أو انسدادها أو أن التنفس يكون أشد حدة ولغط الزفير أكثر استطالة وهذا ناشئ عن شدة احتكاك الهواء عند الشهيق والزفير مدة مروره من الشعب المتضايقة أو المنضغطة بواسطة الالتهاب النزلى وزيادة على ذلك فالغشاء المخاطى لهذه الشعب يفقد ملاسته ومدة الزفير تكون غالبا اكثر طولا من مدة الشهيق بل كثيرا ما تكون حركة التنفس متقطعة وبالجملة

فمن العلامات المخوفة بكثرة وجود خراخر مخاطية رقيقة فى قمة احدى الرئتين عند التسمع لاتزول الا وزوالا بزهيا عقب نوب سعال شديدة

ثم ان وجود هذه الظواهر بانفرادها وان عول عليها فى الوقوف على حقيقة تشخيص السل الرئوى الا أنه توجد ظواهر أخرى جديدة تؤيد الاولى وهى انه متى وجدت كهوف رئوية أو فروع شعبية غليظة منفصلة عن جدر الصدر بنسوج رئوى خال عن الهواء سمع مايسمى بالنفخ والتكلم الشعبيين لكن مع ذلك ينبغى التمسك بأمرين أحدهما ان التنفس الشعبى قد يفقد ولا يسمع الا خراخر ضعيفة أو تنفس غير محدود ولو كان جوهر الرئة مكابدا التكاثف عظيم وفى باطنه كهوف عظيمة وذلك عند امتلاء تلك الكهوف والشعب بافرازمرضى ولذا لا يسوغ عند فقد التنفس الشعبى الحكم بعدم وجود كهوف درنية فى الرئة والا كان الحكم بدون تامل وثانيهما ان التنفس الشعبى الذى يسمع فى الصدر يبقى على حاله سواء تولد فى الشعب أو الكهوف الرئوية فحينئذ لا يكفى سماعه بانفراده فى تشخيص الكهوف الدرنية وفى قليل من الاحوال يكفى تسمع الغاط فى الصدر بانفرادها لتشخيص هذه الكهوف تعرف بالالغاط الكهفية ويسمى اللغط التنفسى الكهفى بالتنفس الأنفورى اى الصدائى والخراخر الكهفية بالخراخر المعدنية وانفجار الفقاعات فى هذه الكهوف بالرنانة المعدنية ويمكن احداث هذه الالغاط بالصناعة أى بواسطة النفخ فى فوهة زجاجة مفتوحة أو بوضع سائل فيها واحداث حركات فيه ثم ترج بقرب الاذن أو باسقاط نقطة ماء فيها وهى بقرب الاذن والالغاط الكهفية لا تتم فى الرئة الا اذا اشتملت على الامور المماثلة لما سبق بمعنى انه يوجد فيها تجويف ذو جدر ملساء على شكل جدر الزجاجة اى متباعدة عن بعضها من الوسط فيكون منشأ الالغاط حينئذ تموجات رنانة منعكسة بواسطة جدر منتظمة وأما المقياس التنفسى أى الجهاز الذى تقاس به قابلية الرئة للهواء أى مقياس كمية الهواء الخارجة من الزفير بعد الشهيق العميق فجدواه قليلة فى تشخيص السل الرئوى وذلك فى الاحوال التى يستدل فيها من القرع والتسمع على شئ به يظن بوجود السل الرئوى عند وجود سعال مستعص كالذى يكون فى المصابات بالخلوروز

ثم ان قابلية الرئة للاحتواء على الهواء تختلف باختلاف الاقاليم فقابليتها مثلا ببلاد الانكليز فى شخص قوى البنية تعادل ٣٨٠٠ سنتيمتر مكعب واما فى بلاد الجرمانية فتعادل ٣٣٠٠ كما انها تختلف ايضا باختلاف الجنس والسن وعظم الجسم وطوله بحيث انه مثلا عندما يكون طول الجسم من خمسة اقدام الى ستة فان كل قيراط من هذا الطول يزيد فى قوة قابلية الرئة ١٣٠ سنتيمترا مكعبا وهذه الامور وان اعتبر جميعها بالدقة لابد من وجود اختلاف عظيم على حسب كون الاشخاص المفعولة فيهم هذه التجارب ذوى ممارسة فى اجراء التنفس العميق والزفير المستطيل أم لا فعلى حسب ذلك يتضح لنا ان قوة قابلية الرئة للهواء ووجودها على الحالة الطبيعية تثبت لنا سلامة هذا العضو وان تناقص القابلية الطبيعية فيه لا تدلنا على شئ بالنسبة لتشخيص السل الرئوى وأما التناقص العظيم جدا فى قابلية هذا العضو الذى يعادل مئات من السنتيمترات المكعبة يعين على تشخيص هذا الداء مالم توجد عوائق اخر للتنفس اوضعف فى عضلاته

ولنشرع الآن فى شرح الصفات المرضية المختلفة التى تلتبس بها الاشكال المختلفة من السل الرئوى ونبتدئ فى ذلك بالشكل الذى فيه تكون الظواهر المرضية متعلقة بتغيرات التهابية رئوية وباتها آتها

وليس من النادر أن يبتدئ هذا المرض بظواهر مرضية شديدة متلبسة بصفة تغير مرضى حاد ومن هذا القبيل نعتبر الاحوال التى فيها الالتهاب الرئوى الليفى بدلا عن كونه ينتهى بالتحلل يؤدى الى ارتشاح جبنى فى الرئة والسل والاحوال التى فيها القم المنسكب بالنزيف الرئوى فى الشعب والخلايا الرئوية بعد انعقاده يحدث فيها تغيرات التهابية رئوية ممتدة وكذا الاحوال التى فيها الالتهاب الشعبى النزلى الحاد يمتد الى عدد عظيم من الخلايا الرئوية فى اجزاء عظيمة من الرئة

أما الالتهاب الرئوى الليفى فيخشى من انتهائه بالارتشاح الجبنى والسل الرئوى متى لم تنطفئ الحمى فى انتهاء الاسبوع الاول اوفى ابتداء الاسبوع الثانى وحصل فيها ثوران عظيم وقت المساء وانحطاط مصحوب بعرق غزير نحو الصباح واستمرت الاصمية فى الصدر وسمع فى محلها الغاط خرخرية رطبة رنانة

والقذف بالنفث كمية عظيمة من مواد مخاطية صديدية والتحقق من وجود الياف مرنة فى النفث والغاط كهفية لا يبقى أدنى شك فى كون الجوهر الرئوى المرتشح ارتشاحاجبنيا آخذا فى التلاشى والتهتك واغلب المرضى يهلك بعد أسابيع قليلة منتهكين من الحمى ومن النادر ان هذا المرض ينحط بعد ان كانت فيه المرضى فى حالة يأس فيصير النفث قليلا وتأخذ المرضى فى العود الى الصحة شيأ فشيأ غيران الاصمية تستمر والصدر فى محاذاتها ينخسف تدريجا ثم بعد مدة من الزمن تشاهد علامات تيبس وانكماش فى اجزاء الرئة المصابة وكثيرا ما تظهر كذلك علامات الكهوف الشعبية فيها

وكذا التغيرات الالتهابية التى تعقب النفث الدموى والنزيف الرئوى مباشرة تسير بكيفية مماثلة لما تقدم وهذه التغيرات تنتج تبعا لرأينا عن الدم المنسكب فى الشعب والخلايا الرئوية وانعقاده فيها وكلما كثر امتداد الاصمية المتكونة فى اثناء سير النفث الدموى واستمرت زمناطويلا وكثر اتضاح الظواهر البليوراوية واشتدت الحمى واستطالت مدتها خشى ولابد من ان الدم المتجبس والجوهر الرئوى الملتهب يكون قد اعتراهما استحالة جبنية وان التهتكات الممتدة للجوهر الرئوى آيلة للحصول وقد بينا فيما تقدم انه من الجائز ايضا فى مثل هذه الاحوال حصول سيولة وامتصاص فى المواد الجبنية او تكيسها وحصول تيبس وانكماش فى الاجزاء الرئوية المريضة عقب نمو جوهر خلوى عظيم وتكونه

وكذا سعى الالتهاب النزلى الشعبى الحاد الى عدد عظيم من الخلايا الرئوية وامتداده اليها قد يكون مصحوبا بظواهر مرضية ثقيلة جدا سيما بحمى شديدة وانحطاط عظيم فى القوى وحالة التغذية العامة بحيث يكون التشخيص عسرا فى الابتداء وفى مثل هذه الاحوال يمكن الظن بأن الالتهاب النزلى والحمى الشديدة ناتجان عن تغير مرضى تسممى منتشر أو عن تكون درن حاد فى الرئة الى ان يتضح الامر وذلك يحصل بسرعة غالبا فبعض النفث باختلاطه بالدم اختلاطا قويا يكتسب الصفة الخاصة بالنفث الالتهابى الرئوى وتظهر آلام بليوراوية متفاوتة الشدة والامتداد ولغط القرع فى الاجزاء العليا من الصدر يصير فارغا وطبليا اوانه متى ادت البورات

القصبة الرئوية الابتدائية الى تكاثفات ممتدة وحينئذ تصير الالفاظ الخرخرية غير الواضحة ابتداء رنانة ولغط التنفس شعبيا وهلم جرا ومن الجائز تحلل هذه الارتشاحات النزلية الحادة تحللا تاما لكن الغالب أن يعترى الجوهر الرئوى المرتشح استحالة جبنية فيتلاشى فى أقرب وقت وأغلب أحوال السل الرئوى السريع السير جدا التى فيها تحصل تهتكات ممتدة فى الجوهر الرئوى فى قليل من الاسابيع وتهلك المرضى بالحمى الشديدة بعد ان يحصل لهم نحافة عظيمة فى أقرب وقت تنشأ عن سعى الالتهاب الشعبى النزلى الحاد الى الخلايا الرئوية وامتداده اليها فى أجزاء عظيمة من الرئة فتعتبر هذه الحالة انتهاء للالتهاب الرئوى النزلى الحاد أو تحت الحاد وتسمى بالسل السريع السير وان كان التغير المرضى الذى نحن بصدده منتشرا فى فص رئوى بتمامه يندر ولا بد حصول امتصاص تابعى أو تكيس فى المواد الجبنية ثم تيبس وانكماش فى الاجزاء المريضة ويكثر حصول ذلك الانتهاء عند قلة انتشار هذا التغير المرضى ففى كثير من الاحوال يمكن نسبة انخساف كل من الحفرة فوق الترقوة وتحتها وانخفاض الحد العلوى من الرئة الى نوبة التهاب رئوى نزلى حاد مستطيل المدة قد انتهت بالتيبس والانكماش فلا يندر مشاهدة ان بعض المرضى يعتريه زمنا فزمنا نوب من هذا القبيل ويشفى منها لكن عقب كل نوبة يزداد امتداد الاصمية ومحيط الجزء المنخسف من الصدر الى أن تتم للنوبة النهائية رئوية أو بالتدرن الرئوى

وهناك احوال فيها بعكس السابقة يكون امتداد الالتهاب النزلى من الشعب الى الخلايا غير مصحوب بظواهر ثقيلة بل يحصل بكيفية كامنة فكثيرا ما يوجد بالجثة فى قمة الرئتين انكماشات ندبية وبورات جبنية متكيسة وتكاثفات مندمجة وذلك عبارة عن بقايا تغيرات التهابية رئوية اختفت عنا كما أنه يوجد عند كثير من الاشخاص انخساف فى الحفرة فوق الترقوة وتحتها وانخفاض فى الحد العلوى من الرئة بدون الوقوف على معرفة الزمن الذى فيه أخذت اعراض الالتهاب الرئوى سيرها وأدت لتيبس قمة الرئة وانكماشها ومع ذلك فالالتهاب الرئوى المزمن متى كان التغير المرضى فيه ممتدا يصطحب ولا بد بالحمى التى تكون خفية حتى انها غالبا تختفى عن المرضى

بل والاطباء احيانا وذلك لان الظواهر الحسية المحسوسة وهى القشعريرة والاحساس بالحرارة وازدياد العطش تكون واهية جدا فتختفى بالكلية بالنسبة لازدياد الفقد العضوى لاجزاء الجسم والتأثير المضر الذى تحدثه الحمى فى الشهية والهضم وتكون الدم والتغذية

ومتى اعترى المريض المصاب بنزلات شعبية مزمنة لم تضطرب منها حالة صحته العامة وقدرته على الاشغال فقد فى الشهية وانتقع لونه وصار نحيفا واتضح تناقص قواه جاز الظن بامتداد التغير النزلى الى الخلايا الرئوية ولذا كان من الواجب حينئذ قياس حرارة الجسم بالدقة والبحث عن الصدر بالعلامات الطبيعية حتى يتأكد من وجود الحمى وتكاثفات فى الرئتين أولا فان الشكل المزمن من الالتهاب الرئوى النزلى فيه ميل عظيم للانتهاء بالتيبس والانكماش عند التمتع بالشروط الصحية العامة الجيدة كما تكثر فيه النكسات عند تأثير المؤثرات المضرة ولذا كان من الواضح ان كثيرا من المرضى الذين اعتراهم تكاثفات ممتدة فى الرئتين وكهوف شعبية فى قممهما يحصل لهم فى أثناء الصيف تحسين عظيم فى الحالة العامة للصحة ويزداد عندهم كل من القوى ووزن الجسم وفى أثناء الشتاء يحصل لهم ضعف ونحافة وانتقاع اللون ويظهر فيهم تكاثفات جديدة فى الرئتين سيما اذا كانوا مدمنين على الشغل وتعرضوا لتأثير البرد وهذا التعاقب يتكرر كثيرا جملة من السنين ومثل هؤلاء المرضى يوجد منه عدد عظيم فى المارستانات حتى يمل من طول مكثهم بها فان الدرن الرئوى المزمن على ما يقال عموما غير معتنى به والتأثير العظيم للوسايط العلاجية ولاسيما الصحية العامة فى هذا الشكل الذى هو أكثر اشكال السل الرئوى وجودا واضح تمام الرأينا وكأنه دليل على صحة تصورنا

واما ظهور التدرن الرئوى فى اثناء سير السل الرئوى الناشئ عن تغيرات التهابية رئوية فقد يحصل بكيفية كامنة جدا حتى لا يمكن تشخيصه رأسا او بالاقل مع التأكيد وفى احوال أخرى كثيرة سيما التى فيها تكون الرئة محلسا لعدد عظيم من الدرن والتدرن منتشرا فى غير هذا العضو من الاعضاء يكون التشخيص سهلا فان وجد عند مريض مصاب بالسل الرئوى ضيق فى النفس بدون امتداد الاصمية فى الصدر واستمرت الحمى ولو مع المعالجة اللائقة

واكتسبت الحمى بدلا عن الطرز المتردد طرزا مستمرا وحل الاسهال محل الميل الى الاعتقال والامساك وانضم لباقى الظواهر المرضية بحة فى الصوت او فقده أو الاعراض المعلومة للالتهاب السحائى لقاعدة الدماغ جاز القول مع التأكيد حينئذ ان السل الرئوى طرأ عليه التدرن ويتمكن فى تشخيص ذلك عند الشبان الذين يوجد فيهم ميل عظيم لاصابة السحايا الدماغية الى الظواهر المرضية الدماغية وعند المتقدمين فى السن الى الظواهر المرضية المعوية والحنجرية

ثم ان الصفة المرضية التى يبتدئ بها السل الرئوى الدرنى ويسير تختلف اختلافا عظيما عن الصفات المرضية السابق ذكرها وتميز عنها فى الغالب بحيث يسهل تشخيص هذا الشكل القليل الحصول من السل الرئوى وذلك ان الدور النزلى السابق الحصول يفقد فيه بالكلية وكل من الحمى والنحافة لا يبتدئ فى الزمن الذى فيه يغزر النفث المخاطى الصديدى بل ان التكون الدرنى سيما اذا كان كثيرا هو الذى يحصل ابتداء مع ارتقاء عظيم فى حرارة الجسم ونهوكة سريعة فيه بواسطة تكون الحرارة المرتقى لدرجة عظيمة فان استبان لنا ان مريضا ابتدأ عنده سعال ونفث بعد أن كان حصل له فى الاسبوع السابق ضعف سريع واتقاع ونحافة خشى من أنه يكون اعتراه السل الدرنى ويقوى هذا الظن متى حصل عنده قصر عظيم فى النفس وبالبحث الطبيعى للصدر لم يستدل على شئ فى الابتداء ثم يصير فيما بعد لغط القرع أصم بواسطة التغيرات الالتهابية الرئوية التابعة ولغط التنفس شعبيا والالغاط الخرخرية رنانة وتكاثف الرئة لا يكون ممتدا الا فى أحوال قابلة وليس مماثلا لما يحصل فى غير هذا الشكل من السل الرئوى ونغمة كل من الصوت والسعال تصير بحة بسرعة وان كانت الاصابة الدرنية الحنجرية عظيمة وامتدت بسرعة اتضحت الاعراض المعلومة المؤلمة جدا من السل الحنجرى وكذا ظواهر الدرن والسل المعويين لا يتأخر حصولها وترتقى النهوكة الى أشد الدرجات بواسطة الاسهال ويصير البطن شديد الحساسية عند الضغط عليه ويندر ان يمتد زمن هذا المرض زيادة عن بعض اشهر فان اغلب المرضى يهلك به فى اقل من هذه المدة

ثم اننا اوردنا بالدقة شرح التنوعات العديدة التى تعترى سير الاشكال المختلفة من السل الرئوى بسبب الاحوال الشخصية واختلاف التغيرات المرضية الحادة والمزمنة والمضاعفات المتنوعة لخرجنا عن الموضوع وحيث كان من المحقق عندنا ان أغلب احوال السل الرئوى التى تشاهد وتؤخذ من المشاهدات الطبية التامة يمكن ترتيبها بدون عسر تحت احد الاشكال السابقة

فحينئذ يتضح مما ذكر ان الموت هو الانتهاء الاكثر حصولا لجميع اشكال السل الرئوى وهو الوحيد بالنسبة للسل الرئوى الدرنى وان اشكال هذا المرض الناشئة عن تغيرات مرضية التهابية لا يندر تحسينها أو شفاؤها شفاء نسبيا كما يقال على العموم وكذا يتضح مما تقدم ان الاشخاص الذين انطفأ فيهم جميع علامات السل الرئوى وعادوا الصحتهم بالكلية يكونون عرضة للهلاك عقب حصول نوب جديدة من تغيرات مرضية التهابية او تدرن

واكثر حصول الانتهاء المحزن بالموت يكون عقب النهوكة التدريجية ولذا سمى هذا المرض بالسل فان نهوكة المرضى تصل فى مثل هذه الاحوال الى ارق الدرجات والجلد الرقيق يتمدد بسبب زوال الشحم من اسفله بالكلية وضمور المجموع العضلى وتبرز العظام الوجنية من أعلى الوجنتين المنخسفتين ويظهر الانف مستطيلا مدببا والحاجبان يظهر انهما اعظم من ذلك بسبب زوال الطبقة الشحمية منهما وبعض المرضى يكون عندهم عشم تام بالشفاء قبل الموت بقليل فيهلكون وهم فى بحر الامل وكثيرا ما تظهر مكابدات ثقيلة نحو الانتهاء منها السعال المستمر سيما عند وجود سل حنجرى فيسلب راحة المريض وظهور تولدات فطرية نجيبية فى الفم والحلق يتعذر منها المضغ والازدراد والغنغرينا الوضعية المؤلمة للغاية وأوذيما احد الاطراف السفلى المؤلمة جدا الناشئة عن سدد سيارة فى الوريد الفخذى وفى مثل هذه الاحوال قد يستمر الدور الانتهائى لهذا المرض زمنا طويلا لا مقاقا للطبيب واهل المريض بل والمريض بنفسه يتمنى الانتهاء

ومن النادر أن يحصل الموت فى أثناء السل الرئوى بواسطة النزيف وان حصل كان غالبا ناتجا عن تأكل وعاء منسد فى جدر كهف او من تمدد بعض

الاوعية الكائنة عند الانورزما ويا بالجهة المقابلة للسكهف غير المحاطة بنسوج مندمج فيتمدد بضغط الدم ثم يتمزق و يهلك المريض بالنزيف الرئوى الناشئ عن ذلك اما بسرعة عقب الفقد الدموى او انه يختنق عقب امتلاء القصبة الهوائية والشعب بالدم بحيث يتعذر دخول الهواء فى الرئة
واكثر من ذلك حصولا طرو الموت عقب التجمع الغازى بالصدر كما سيأتى أو عقب استحالات كلوية تابعية أو بواسطة السل والتدرن المعويين او بالالتهاب الرئوى او البليوراوى اوغير ذلك من الامراض التى تطرأ

(المعالجة)

معالجة السل الرئوى صارت الآن مؤسسة على اساس ثابت من منذ ما استبان لنا ان المهم فى هذا المرض هو التغيرات الالتهابية الرئوية لا التكون الدرنى الذى هو فى الجملة نادر وما ذكرناه وان لم ينبن عليه استعمال جواهر علاجية جديدة يشفى بها السل الرئوى مع التأكيد الان به استبانت الدلالات العلاجية لهذا المرض التى باجرائها كثيرا ما يتحصل على فائدة خلافا لما كان يعتقد من ان هذا المرض غير قابل للشفاء كاصابة سرطانية مثلا اذ كثيرا ما يشاهد بالمعالجة اللائقة المترتب عليها تحسين البنية انحطاط بل وقوف لهذا المرض بشرط أن لا يكون الاستعداد الوراثى متمكنا جدا
وتستدعى المعالجة الواقية من هذا المرض مراعاة الامور التى سبق ذكرها فينبغى تحسين التغذية العامة بالكلية واجتناب تهيج الرئة كل التجنب والمعالجة بالدقة عند حصوله اذ بذلك ينطفئ الاستعداد المرضى ولذا ينبغى وضع الاشخاص الذين فيهم علامات رداءة التغذية أو يظن ان فيهم استعدادا وراثيا وميلا للنزلات الشعبية والحجرية تحت مؤثرات يؤمل منها تقوية البنية وانطفاء هذا الاستعداد المرضى
وحيث ذكرنا ان الاطفال المتولدة بين ابوين مصابين بالسل الرئوى او بغيره من الامراض المضعفة للبنية تكون ذات بنية ضعيفة وسهلة الاستعداد للاصابة بالسل فمن الواجب لاجل التوقى من هذا المرض عدم الرضاعة من امهاتهم فضلا عن كون ذلك مضرا للغاية لصحتهن وكذا من الواجب صونهم عن الرضاع الصناعى بل يعطى لهم مراضع جيدة اللبن وعقب الفطام ينبغى

اعطاؤهم الامراق المغذية ولبن البقرخاصة و يتجنب الاغذية الجبنية بانفرادها ثم بعد انتهاء السنين الاول يبادر باعطاء الشوا من اللحوم و ينبغى الاستمرار على هذا التدبير الغذائى طول سن الطفولية سواء كان فى الاطفال آفات خنازيرية كالاحتقان العقدى الخنازيرى والطفحات الخنازيرية او الهيئة الخنازيرية فقط واعلم ان التدبير الغذائى المضاد لداء الخنازير عبارة عن تجنب النشويات كتفاح الارض والخضراوات والخبز وجميع الجواهر الغذائية والمطعومات الكثيرة النشا والاغذية النباتية القليلة العناصر الازوتية مع استعمال اللحوم والبيض والالبان ومن الجيد اعطاء الاطفال المستعدين للسل الرئوى مقدارا كافيا من اللبن كل يوم ثم لامانع من تعاطى الخبز ونحوه بعد ذلك فان هذا اجود من منع الطفل عن تعاطى ذلك بالكلية فانه متى استعمل القدر الضرورى من اللبن فلا مانع من تعاطى الخبز كما ذكرنا والقول بان الطفل لا ينبغى له اكل الاشياء الجافة يعد من الخطا البين فان من الاجود ان يعطى للطفل الخبز الجاف فيختلط بالكلية باللعاب ويستحيل الى سكر فيسهل تمثله وتعضيمه بذلك وزيادة على ذلك يتعاطى الطفل كمية عظيمة من اللبن على انفراده اكثر من تعاطيه له مع الخبز ثم اذا لم تتحسن التغذية العامة بما ذكر ينبغى اعطاء زيت كبد الحوت فانه أجود الادوية المضادة لداء الخنازير و يتمادى على استعماله مالم يحصل اضطراب فى الهضم منه وهذا التدبير الغذائى يوافق الاطفال الذين يكونون ضعف بنيتهم عارضيا او وراثيا وذوى بنية خنازيرية من الصغر ومستعدين بعد للسل

وكما ينبغى تعظيم التدبير الغذائى كذلك ينبغى الحصول على الهواء الجيد اذ من جملة الاسباب المتنوعة المضرة المعينة على تقديم الاستعداد للاصابة بالسل الرئوى الاقامة فى أماكن منفسدة لهوا غير مطلقة أو متراكم فيها انفاس كثيرة بحيث يتراكم فيها حمض الكربون وتؤثر أثيراء ضرا ولذا كان تجديد الهواء فى الاماكن والنوم فيها بعد فتح كوات شبابيكها العليا حسب الاقتضاء يعد من الوسايط الواقية او العلاجية

ولا ينبغى ارسال الاطفال المولودين من أبوين مصابين بالسل الرئوى او العرضة

للاصابة به بسبب آخر الى مدارس شاقة الدراسة جدا بحيث يلجؤن فيها السهر الليل لاجل التحصيل بل ينبغى لمثل هؤلاء الاطفال اتخاذ صنائع فى الهواء المطلق كادارة الزراعة اذا أمكن ولابد ان يجد الطبيب صعوبة عند الايصاء بما ذكر لان اهل الاطفال ولو الذين يعتنون كثيرا بحفظ صحة اطفالهم لا يؤدون ذلك كما ينبغى فلذا كان على الطبيب تنفيذ وصيته بما تقدم ذكره مع غاية الاهتمام واطفال الفقراء ينبغى تجنيبهم الصنائع الجلوسية كالخياطة وصنعة الجزم والحياكة بل اتخاذ صنائع مقوية كالخبازة والجزارة والدباغة وينبغى لمثل من ذكر ارسالهم الى جهة المشرق مدة الشتاء حتى يمكنهم الاقامة فى الهواء المطلق فى أثناء الاشهر الباردة كما هو الجارى الآن من سكان البلاد المسكوبية والبريتانية ونحوهم و لاقامة فى أثناء الصيف كل سنة فى الجبال مع الصعود عليها فقد يكون مقويا للنمو الصدرى وواقيا من الاستعداد للاصابة بهذا المرض وذلك لكونه يلجئ المستعدين للتنفس العميق فى هواء مسترق وعند استمرار ضعف البنية فى الاشخاص البالغين ورداءة التغذية المعروفة بهاتة الجلد والاغشية المخاطية وتكرار حصول الرعاف عندهم ينبغى استعمال المياه المعدنية الحديدية خصوصا حمامات بيون ودريبورغ وامنو اذ فى هذه الحالة تستدعى المعالجة الواقية ذلك وحيث تراءى لنا مما سبق ان حصول السل الرئوى يسرع عند وجود الاستعداد له بواسطة المهيجات المؤثرة فى الرئة بل وتكرير تهيج الرئة يؤدى لحصوله ولو مع عدم الاستعداد للاصابة به فمن الواجب ان يضم للاحتراسات الصحية الواقية احتراسات أخرى تستدعيها المعالجة السببية فينبغى ترك بعض صنائع أخرى غير التى ذكرناها وذلك كالطحانة والخبازة ونحت الاحجار وغير ذلك ولهذا السبب ايضا يوصى عند تهديد السل بالحصول بل وعقب طروه بالوسايط الصحية التى ذكرت فى معالجة الاحتقان الرئوى فتمنع البنات المستعدات للاصابة بالسل الرئوى عن الرقص بكل الجهد ولو كان ذلك مضادا لرأى الامهات مع حجزهن عن الجرى العنيف والغناء والمشروبات الروحية والقهوة والشاى الساخنين وعند وجود ميل للخفقان والاحتقان الرئوى يوصى باستعمال المعالجة بمصل اللبن والعنب فى جهات جيدة الهواء خاصة

بذلك فان هذا مما تستدعيه المعالجة السببية أيضا
وكذا النزلات الشعبية المتكررة السابقة لحصول السل الرئوى أو المصاحبة لابتداء تكونه تستدعى غاية الدقة فى المعالجة ولذا توصى المرضى المهددة بحصوله او الذين ابتدأ عندهم باتباع جميع الشروط الصحية المتقدمة من المعالجة الواقية من النزلات الشعبية المزمنة فتعود المرضى على تحمل التغيرات الجوية والاغتسال بالماء البارد والحمامات النهرية والبحرية وعند استعصاء النزلات الشعبية عن الشفاء ينبغى لبس المرضى أقمصة من الصوف على اللحم مباشرة وتدثر صدورهم وارسالهم الى بعض الحمامات الكلورية القلوية كحمام امس وخلافه غير ان ارسال المرضى المتقدم داء السل فيهم لا يجدى نفعا بل هو مضر للغاية
وأما معالجة المرض نفسه ففيها يوصى باستعمال الوسايط العلاجية الممدوحة عموما فى الالتهابات المزمنة فى السير
وذلك لانه ينبغى ابتداء حفظ الرئة المريضة كغيرها من الاعضاء الملتهبة من تأثير الامور المضرة المتجددة ومن العجيب اهمال ذلك من عدد عظيم من الاطباء والحال انه أمر ضرورى يفهم بداهة فاننا نرى كل يوم أن المرضى ولو كانوا من الاشخاص المترفهين ذوى الثروة المصابين بالسل لا يصانون بالدقة وماذاك الامن فهمهم انهم مصابون بالسل وهم فى حالة يأس لا يرجى برؤها فلا يمنعون من التمادى فى اشغالهم بل تراهم مستمرين على ذلك ويتوجهون الى قاعة الدواوين ويقيمون فى أماكن مسخنة الهواء ممتلئة بتصاعد الدخان أو فى القهاوى فبمثل هذه المؤثرات يحصل ولابد تناقل فى التغيرات الالتهابية وطرو تغيرات تابعية بل ويساعد ذلك على حصول التلاشى الجبنى مع انه بتجنب مثل ماذكر يحصل احيانا انحطاط سريع بل وقوف للمرض وأحيانا يشاهد مع الوضوح التأثير الجيد لمنع المؤثرات المضرات من الرئة المريضة فى السل الرئوى عند الفقراء من المرضى الذين يلتجؤن الى المعالجة فى المارستانات فبعض المرضى الذين يرسلون اليها وهم فى حالة اليأس يخرجون منها بعد قليل من الزمن وقواهم فى حالة تحسين بل ولا يندر أن يكون ثقل جسمهم متزايدا تزايدا عظيما ومع ذلك فكثيرا ما يترددون الى

المارستانات

المارستانات للمعالجة وذلك لتغير حالتهم وصحتهم بسرعة حيث تعرضوا للتقلبات الجوية وغيرها من المؤثرات المضرة بعد خروجهم من المارستانات ولا يخفى ان المرضى المسلولين المتمتعين بشروط صحية جيدة يحصل لهم عين هذا الضرر متى دخلوا مارستانات كثيرة التراكم غير متجددة الهواء

وكان من الواجب على الاطباء ان توصى أغلب المرضى المصابين بالسل بالمكث بالاود فى أثناء الشتاء بالبلاد الشمالية مع مراعاة حرارتها على حالة منتظمة ليلا ونهارا بقدر الامكان لاجل حفظ رئتهم من كل مهيج خارجى لولا ان اتباع تلك الوصية يمنع منه ما تقدم من المكث بالاود وفساد هوائها فتجنب ضرر المرضى باتباع احدى هاتين الطريقتين يحصل عليه باعتبار الحالة الراهنة لكل شخص وذلك بان يتأكد بالدقة من المريض هل له قدرة على استنشاق الهواء الرطب بل البارد بمساعدة آلة الاستنشاق بدون خطر من تأثير البرد عليه وازدياد السعال أم لا فبالنسبة للاغنياء منهم الامر سهل حيث يمكن ابعادهم عن شتاء البلاد الباردة الشمالية وارسالهم الى بقاع يمكنهم فيها الاقامة معظم النهار فى الهواء المطلق بدون التأثر من البرد واستنشاق هواء قوى بارد فلا ينبغى الاهمال بالنسبة لهؤلاء المرضى ان لم يكن الداء متقدما فيهم جدا وكان سيره حادا جدا شديد الحمى فى تحريضهم على اتباع ما ذكر لكن لا ينبغى تأمينهم بالكلية فى ذلك خشية ان يظنوا ان الهواء فى مثل هذه الاماكن يشتمل على جواهر نوعية شافية لرئتهم المريضة وانه لا يجب عليهم فيها التمسك بوسايط صحية أخرى كاستدامة المكث فى الهواء المطلق مع عدم الاحتراس من تأثير البرد واستعمال الاغذية اللطيفة مع تجنب التدبير الغذائى وعدم استعمال بعض الجواهر الدوائية ان احتاج الحال لذلك اذ لا يحصل على النجاح الا ان كانت المرضى نفسها تعلم حقيقة الامر وان معيشتها فى تلك البقاع تحتاج لاحتراسات قوية فانه فى كثير من الاحوال كان ابقاؤهم فى أماكنهم اتم واجود وان أريد التمسك باجراء ذلك وجب ارسال المرضى قبل حلول الأهوية القاسية الباردة الى سودن ثم بادن بادن ثم ويس بادن وفى اثناء الربيع الى بحيرة جنيورة أو الى ميران اذ هناك يمكنهم استعمال المعالجة بالعنب مع صونهم فيها الى ابتداء الشتاء كما يصانون

عندنا فى أثناء الصيف واما المرضى الذين عندهم ادرار واحتراس و يؤمل من كونهم يسكنون فى منازلهم فى الايام ذات الهواء الردىء المتقلب فيمكن ارسالهم زمن الشتاء الى مدينة ونديق ونيتزا ومنطون وهير وكان و پيزا وپاو وبالخصوص اجتسيو لكن الاجود فى ذلك ارسال المرضى أصحاب المقدرة الكافية فى اثناء الشتاء الى پلرمو اوقطانيا بل والى بلاد الجزائر أومصر اوجزيرة مديرا ووجه افضلية الاقامة فى احدى تلك الجهات عن غيرها لم يثبت الى الآن بوجه قطعى واغما يعتبر فى ارسال المرضى اليها احد امرين اما لكونها أماكن ذات اقليم رطب لطيف التأثير مثل (وينى وونديق وپيزا وروما وپلرمو وپاو ومديرا ونحو ذلك) توافق المرضى المصابين بهذا المرض الذين هم فى حالة تهيج حمى ومعذبون بالسعال الجاف اوفيهم ميل للنفث الدموى واما لكونها أماكن ذات اقليم جاف منبه مقو (مثل نيزا ومنطون وسنريمو وكان وهير ومنترو وميران والجزائر ومصر وغيرها من الاماكن الجبلية) توافق المرضى غير المحمومين والذين داؤهم بطىء السير وعندهم نفث غزير ومجردون عن النفث الدموى وبالجملة فاياما كانت المرضى ينبغى ان تكون معيشتهم بغاية الاحتراس والدقة تحت ملاحظة طبيب ماهر شهم

ثم ان الامر المعلوم من ان السل الرئوى يندر وجوده فى البقاع المرتفعة ويزول بالكلية فى العالية جدا منها (كما ذكره موريه فى علم انتشار الامراض الاقليمى) ادى لذهاب عدد عظيم من المسلولين مدة الصيف الى بقاع مرتفعة مكونة من الجبال والشفاخانات العالية الوضع التى أشهرها بادن ويلر وريشنهال وقرايت وهيدن وجيس ولاسيما ويسنبورغ بالقرب من مدينة برن واكثر الالتفاتات الآن متجهة نحو جبل بو برسد ريبلاد السلميزيه الذى ارتفاعه ١٧٠٠ قدم وليس ذلك فقط بالنسبة لما هو مشهور فى هذا المكان من صونه عن هذا المرض بل بسبب الشفاخانة ايضا المخصوصة وملاحظة ادارتها بمعرفة الطبيب بريمر الذى اجرى فيها اصولا علاجية مخصوصة بالنسبة لهذا المرض مخالفة من اوجه عديدة للاصول المتبعة الى وقتنا هذا والامور الاساسية فى معالجة الطبيب المذكورة عبارة عن الاقامة

المستطيلة والرياضة فى الهواء المطلق مع تجنب الرياح والامطار فقط لا الهواء
المنخفض الحرارة واستعمال تدبير غذائى جيد مقو والمدار فيه على تعاطى
الجواهر الكربونية الايدراتية لاسيما الجواهر الدسمة كاللبن والزبد واستعمال
قليل من المشروبات الكؤلية بقصد تنقيص الفقد العنصرى والمفضل
فى ذلك النبيذ المجرى لاحتوائه على كثير من فصفات المنيزيا وانعاش الجلد
وتقويته بواسطة الماء البارد اما غسلا به مع الدلك او رشا على هيئة المطر مدة
خمس ثوان الى خمس وأربعين ويضم لذلك عند الاقتضاء التشلشل القوى
وقد نبه الطبيب بريمر على جودة تأثير الحمام على هيئة المطر فى حمى الدق
والمهم فى تأثير المعالجة بهواء الجبال الشاهقة على حسب توجيه بريمر هو
رقة الهواء وخفة ضغطه والامتلاء الدموى العظيم للاعضاء الدثرية لاسيما
الرئتين لكن صحة هذا التوجيه متوقفة على فرض صحة غيرها من النظريات
وهى ان الاستعداد للسل لا يكون متعلقا باسباب أو شروط عمومية بل بامور
مخصوصة موضعية يترتب عليها قلة الدم فى الاجزاء العليا من الرئتين والقول
بان الهواء الرقيق فى الاماكن العالية مضر بالمصابين بالسل لكونه يعين
على حصول النفث الدموى لم يثبت بالنسبة لجبل جربسدرو الشفاخانة التى
فيه

ثم انه بعكس المشاهدات القائلة بجودة تأثير الهواء الرقيق فى السل الرئوى
قد استعمل الهواء المنضغط بنجاح عظيم بل قيل انه اعقب بشفاء تام
والمعضدون للتأثير العلاجى بالهواء الرقيق لا يقبلون استعمال الهواء المنضغط
الا لمنفعة عرضية كتلطيف عسر التنفس وتنقيص الاحتقان الالتهابى
والافراز النزلى من الشعب وسهولة دخول الاوكسيجين فى الدم وتجنب
النفث الدموى وربما ساعد ذلك فى امتصاص البورات الرئوية الالتهابية

والى الآن لم تتضح نتائج المعالجة بالاستنشاق فى السل الرئوى وضوحا بينا
أما استنشاق أبخرة متحصلات الدبغ (المؤسسة على ندرة وجود السل الرئوى
عند دباغى الجلد) فلم تجد نفعا ولم يتماد على استعمالها واما استنشاق هواء
زرائب البقر فهو وان كان ملطفا بسبب حرارته الرطبة لكن لم يحصل منه
تأثير جيد وكذا هواء البحار فليس فيه صون عن السل بالنسبة لسكان

الشواطئ واستنشاقه انما يكون فى الاشكال الضعفية المستطيلة السير بقصد تحسين التغذية ووقوف المرض وأما استنشاق هواء معادن الملح وكذا الابخرة المتصاعدة عند غليه فانه رصى به لندرة وجود السل فى شغاليه طبقا لمشاهدات عديدة وأما استنشاق السوائل على هيئة الرذاذ فقد استعمل قياسا على استعمالها فى النزلات البسيطة فالاستنشاق الشب والتنين ونحو ذلك من الجواهر القابضة زيادة عن تنقيصه للافراز تاثير جيد فى التغير الالتهابى بل وفى جدر الكهوف الرئوية واستعمل المعلم روت استنشاق حمض الكربوليك بقصد احداث تأثير مانع للتعفن فى سطح الرئة المتقيح (بأن يؤخذ من ٣ الى ٥ جرام حمض الكربوليك على ٣٠ جراما من الماء المقطر ويؤخذ من هذا المحلول من ١٠ نقط الى ٢٠ على أوقية من الماء الفاتر ويوضع ذلك فى المرذاذ ويستنشق منه من ٥ دقائق الى ١٠ ثلاث مرات فى النهار أوخمسة) وعلى كل حال ينبغى الاحتراس الكلى من تهيج المسالك الهوائية تهيجا شديدا بواسطة الاستنشاق

وأما استعمال المياه القلوية الصودية البسيطة (كما اوبرسلس بروث وبيلنار) ونحو ذلك وعلى الخصوص المياه الموريايتية الصودية كماسلترس واس ولوهاشوتز التى تشرب فاترة فله تاثير جيد فى أحوال النزلات الشعبية الجافة وربما كان له تأثير جيد فى الاحوال التى فيها يوجد مع النزلات المذكورة سل بطىء السير ومن ذلك استعمال مياه صودن الملحية الفاترة وذات الاقاليم الرطب الحار

وان كان طرو التغيرات الالتهابية الرئوية ونكساتها عند المسلولين مصحوبا بظواهر قوية واشتدت الحمى اشتدادا عظيما واصطحبت بنفث دم مع آلام واخزة فى الجنب عند السعال والتنفس وجب استعمال معالجة مضادة للالتهاب لطيفة جدا بل ولا مانع من استعمال بعض الاستفراغات الدموية الموضعية عند الاشخاص الذين لم يتقدم فيهم ضعف البنية مع استعمال بعض الوضعيات الفاترة بل والباردة على الصدر عند وجود نفث اونزيف رئوى مع الراحة التامة والاجود فى ذلك ملازمة الفراش اذ بذلك تلطف الحمى وتسكن آلام الجنب ويسرع وقوف النفث الدموى واما المعالجة

العرضية

العرضية فانها تشتمل على الطرق العلاجية التي بها يمكن مقاومة الاعراض المهمة من هذا المرض فنستعمل أولا الوسايط العلاجية التي بها يمكن احداث تحسين في تغذية الجسم العامة

ومن هذا القبيل المعالجة اللبنية وذلك أن يعطى للمريض من هذا الجوهر الغذائي البسيط المقوي بعد حلبه من ثدي البقر حالا كمية عظيمة في أزمنة منتظمة بقدر طاقة المريض ومن المعلوم ان اللبن ليس من الجواهر الغذائية السهلة الهضم فمن الواجب عند اتباع المعالجة به حفظ الغشاء المخاطي المعدي من جميع المؤثرات المضرة واتباع تدبير غذائي قاس أعني منع الاغذية الاخرى حتى ان هذا الغذاء المقوي ينهضم جدا فتعود ثمرته على الجسم وأهم الامور التي ينبغي اتباعها ايصاء المريض مع تعاطي اللبن بعدم استعمال الاغذية الكثيرة الافاويه والاغذية المنبهة اذ لا يكون للبن حينئذ الا تأثير سنبه ضعيف جدا في الغشاء المخاطي المعدي المعتاد على منبهات قوية بحيث عند تعاطيه لا يفرز مقدار من العصير المعدي كاف لهضمه واذا لا يعطى للمرضى زيادة عن اللبن الذي يعطى منه جملة ارطال للمريض الا قليل من الخبز الجيد ومرق اللحوم والشواء منها ثم ان لبن الحيوانات التي ترعى من عشب الجبال خصوصا لبن المعز والحمير ممدوح جدا في هذا المرض واذا توصى المرضى المتقدم فيهم السل الرئوي بالذهاب الى الفلوات الجيدة الهواء الموجود فيها محلات خاصة كالتي في سويزه المشهورة بصنع مصل اللبن والمعالجة به والتي فيها يسهل الحصول على لبن حليب جيد فبذلك تتحسن حالة المرضى المتقدم فيهم السل عن استعمال مصل اللبن والمياه المعدنية مالم تستدع بعض أمور استعمال ذلك واذا لم يتيسر ارسال المرضى الى الفلوات المذكورة ينبغي استعمال المعالجة اللبنية على وجه منتظم مع الضبط بمنازلهم وسميت هذه المعالجة بالمعالجة اللبنية لكون المرضى تتبع ذلك بغاية الدقة وتتعاطى المقدار الكافي وكثيرا ما عولجت المرضى بذلك مدة أشهر مع المداومة على تعاطي جملة ارطال منه كل يوم سيما عندما شوهد ازدياد وزن أجسامهم ازديادا واضحا

ومن قبيل المعالجة باللبن استعمال زيت كبد الحوت الذي يمكن ضمه للمعالجة

باللبن عند تحمل المرضى اهما ومما يشك فيه بكثرة ان زيت كبد الحوت له تأثير نوعى فى السل الرئوى فان مقدار اليود المحتوى عليه هذا الجوهر قليل جدا حتى لا ينسب له تأثير ما فمن القريب للعقل ان هذا الجوهر الزيتى لا يؤثر الا بكونه يساعد الجسم على تماثل الاغذية الازوتية بادخال جزء من الشحم فيه وبعبارة أخرى انه يعوق انسلال الجسم ونهوكته أو يبطئهما بادخال جوهر قابل للاحتراق بدلا عن عناصر الجسم العضوية

ويمكن استعمال زيت كبد الحوت زمنا طويلا ويزداد تحمل المريض له متى أمر الطبيب بقطع استعماله زمنا فزمنا عند كراهة المريض له ومما يثبت التوجيه الفسيولوجى الذى ذكرناه بالنسبة لكيفية تأثير زيت كبد الحوت هو ان شحم الكلاب دواء مشهور قديما لدى العوام ومجرب عندهم فى السل الرئوى واذا لم يتحمل زيت كبد الحوت من الباطن جاز أن يستعمل بدلا عنه الدلك به من الظاهر أو بالشحوم النقية الحديثة اما على الصدر وحده أو الجسم بتمامه

ومن الوسايط الممدوحة المستعملة بدلا عن كبد الحوت خلاصة الملت للمعلم (ترومر) وهى ليست كغيرها عبارة عن بوزة مشتملة على كثير من حمض الكربون والكؤل بل هى خلاصة حقيقية مجهزة من الجواهر القابلة للذوبان من الملت (وهو الشعير المبقل) ومن الجواهر المرة لحشيشة الدينار ويكون فى الاجزاخانات وفى كل مائة جزء منه ستة وسبعون جزأ من سكر العنب وسبعة اجزاء من جوهر زلالى واثنان وثمانون من جزء من فوسفات الكلس والمنيزيا وثمانية عشر من جزء من أملاح قلوية وستة عشر جزأ من الماء ويعطى من هذه الخلاصة من ملعقتين الى ثلاثة كل يوم اما مع قليل من الماء العادى او المعدنى او اللبن الفاتر او غيره من السوائل فان المرضى تتعاطى ذلك مع القبول ومن الاغذية النافعة المشهورة من قديم فى معالجة السل الرئوى الشوربة المصنوعة من القمح المجروش فانه لاحتوائه على النشا والزلال النباتى والمادة الجلوتينية يكون غذاء جيدا وكذا شوربة العدس والفول ممدوحة بكثرة فى هذا المرض لاحتوائها على مواد ازوتية مغذية بكثرة

واقل من ذلك منفعة الهلام حيوانيا كان او نباتيا كامراق ديدان القوقع

وهلام

وهلام الخزاز الازلاندى

وجميع الوسايط المذكورة تنفع فى تحسين تغذية الجسم لما ان التغذية الرديئة تزيد فى تقدم السل الرئوى فان فى كل مرض تعشم فى انطفائه مثل السل الرئوى وليس عندنا له وسايط علاجية نوعية يجب علينا الاهتمام فى حفظ قوى المريض تعشما فى الحصول على هذه الغاية

ومنها استعمال الوسايط العلاجية التى بها تضارب الحمى التى هى اهم الاعراض فانها أعظم سبب للنحافة والنهوكة وينبغى رفض استعمال الاستفراغات الدموية والزئبق الحلو وملح البارود بالكلية ولو كان استعمالها من قبيل المعالجة العرضية الا فى أحوال استثنائية اشرنا اليها سابقا وأما الديجيتالا فينبغى استعمالها متى بادرت الحمى بالظهور وكانت قوية جدا حيث انها هى الجوهر الرئيس من الحبوب الكثيرة الاستعمال المعروفة بحبوب هيم المركبة من مسحوق الديجيتالا ٥ ديسى غرام مسحوق عرق الذهب والافيون من كل ٢٥ سنتى غرام خلاصة الهيلينيوم لتلك ويعمل من ذلك عشرون حبة تتبل بمسحوق جذر البنفسج ويعطى منها ثلاث حبات كل يوم على ثلاث مرات وان اكتسبت الحمى طرزا دوريا وكانت الثورانات الليلية واضحة وابتدأت بنوع قشعريرة خفيفة وجب ان يضم لذلك كبريتات الكينين بدلا عن عرق الذهب فيضاف منه غرام واحد الى المركب السابق وبهذه الواسطة يمكن فى بعض الاحوال ايقاف الحمى

واما العرق الليلى فلا مانع فيه من اعطاء مقدار من حمض هالير أو اعطاء فنجان من منقوع المريمية باردا مالم يكن حصل فى هذا العرض تحسين بواسطة المعالجة المضادة للحمى لاسيما الدلك بالماء البارد او التشلشل به فان كلا من هاتين الواسطتين ممدوح فى مقاومة العرق الليلى ولو كان قليل الجدوى وقد استعمل بريير لمضاربة العرق الليلى الكنيالك بان يعطى منه فى المساء ملعقة او اثنتين من ملاعق الشاى فى فنجان من اللبن وكذا يستعمل مسحوق مركب من خلات الرصاص بقدر ٥ مللى غرام مع الغاريقون الابيض بقدر ١٥ ديسى غرام ويعطى منه ورقة او اثنتين مساء وان كانت منفعته وقتية

واما السعال والنفث فيمكن احالة الكلام فيما يخصهما على ماذكرناه فى معالجة النزلات الشعبية المزمنة ومن الخطا البين استعمال المنفثات واحدا بعد واحد فى النزلات الشعبية المزمنة المصاحبة للسل الرئوى بدون اتباع دلالات علاجية عقلية وكذا ينبغى رفض استعمال الادوية الغروية اللعابية السكرية والاجود فى مثل هذه الاحوال استعمال المشروبات الحمضية قليلا والبوتاسا أو بصل العنصر ونحو ذلك من المنبهات الخفيفة أو الجواهر الدوائية المنقصة للافراز وكما انا أوصينا فيما تقدم لاجل الحصول على هذه الغاية باستعمال الجواهر البلسمية والراتنجية نذكر هنا أيضا ان أجود شئ يستعمل فى ذلك هو سكر المرو جرعة بجرعة يفيت المذكوران فيما سبق وكثير من الاطباء يمدح بكثرة استعمال خلات الرصاص فى الاحوال التى نحن بصددها ولاجل مقاومة السعال ينبغى استعمال المسكنات فان لها منفعة عظيمة فى السل الرئوى وليس عظم منفعة المسكنات ناشئا فقط عن تأثيرها المسكن المخدر الذى تمدحه المرضى عند ابتداء تعاطيها بل ناشئ أيضا عن تنقيصها لحركات السعال وخفتها وسهولة انقذاف النفث فان المرضى يحصل لهم بذلك راحة عظيمة

وحيث ان السعال له تأثير مهيج فى الغشاء المخاطى الذى هو المجلس الرئيس للافراز فمن الجائز ان المسكنات بتنقيصها لحركة السعال تحدث ايضا تناقصا فى الافراز الشعبى ومع ذلك ينبغى كل الاحتراس من المبادرة باستعمال المخدرات وانما يعطى المريض ابتداء مقدارا صغيرا منها وتفضل خلاصة الخس البرى ابتداء على الافيون بان يعطى منها من نصف قمحة الى قمحة مسحوقة او فى مستحلب فانه اذا أعطيت المسكنات من الابتداء او ودربها سنعم الها صارت عديمة النفع فيما بعد عند شدة اضطرار المريض اليها أى متى تسلطن السعال بتقدم السل الحنجرى واحداثه عند المريض القلق ليلا ونهارا او يظهر زيادة عن ذلك انه متى التجئ لاعطاء كمية عظيمة من الافيون يسرع ولابد تقدم النهوكة بحيث لايجب اعطاء الافيون الابعد قطع العشم بالكلية من وقوف السل الرئوى ومن الواجب مراعاته والاهتمام به ان السل يصاحب الالتهاب البليوراوى واما معالجة السل الحنجرى والنفث الدموى فقد سبق الكلام عليها

واما معاينة السل المعوى والاستحالة الشحمية والتشوبة للكبد فستتكلم عليها فيما سيأتى

(المبحث الرابع عشر)

(فى الدرن الدخنى الحاد)

(كيفية الظهور والاسباب)

الدرن الدخنى الحاد الذى لا ينبغى اختلاطه بالسل السريع السير جدا هو عبارة عن طفح درنى دخنى كثير الانتشار جدا يتكون سريعا فى الرئتين وفى كثير من غيرهما من الاعضاء

ثم انه فى معظم الاحوال يشاهد هذا المرض فى الاشخاص الموجود عندهم بورات جبنية قديمة فى الرئتين أو فى غيرهما من الاعضاء كالغدد اللينفاوية الخنازيرية والعظام والاغشية المخاطية والدماغ والاذن الباطنة والخصيتين وهذا الامر ومشابهة اعراض الدرن الدخنى الحاد وسيره لاعراض الامراض التسممية الحادة يستنبط منهما ان هذا المرض حاصل من تسمم الدم بتحصلات جبنية كما قاله (بول) غيران هذه النظريات ترد ببعض أحوال نادرة فيها يطرأ هذا المرض بدون وجود متحصل بورات جبنية سابقة وفى احوال قليلة يظهر ان تسمم الدم بكيفية أخرى ينتج عنه التدرن الحاد وأقل ماهنالك يشاهد ظهور هذا المرض عقب الحميات النفاسية الحادة وزعم (والدمبرغ) ان البقايا المرضية المختلفة النوع متى امتصت يمكن أن تكون سببا فى انتاج هذا المرض

(الصفات التشريحية)

متى شوهد فى الجثة التحببات الدرنية الشبيهة بالحويصلات الشفافة التى حجمها كحبة الشهدانج او الحمص منتشرة باستواء على جميع سطح الرئة وعلى البلبورا أيضا دل هذا مع التأكيد على ان المريض اعتراه الدرن الدخنى الحاد ولو لم نشاهده مدة الحياة فان هذا الانتشار المستوى للدرن لا يشاهد مطلقا فى الدرن الدخنى المزمن بل يوجد فى هذا على الدوام بجوار الدرن الفج أى الجديد تحببات درنية مصفرة جبنية تدل على ان التراكم الدرنى حصل بالتدريج وفى معظم الاحوال يوجد على الكبد والطحال

والكليتين تحببات درنية منتشرة ويندران يوجد فيها ذلك في الدرن الدخني المزمن وكثيرا ما يوجد في الجثة درن دخني منتشر على الام الحنونة حول القنطرة وأسرة الاعصاب البصرية مع استسقاء سحائى حاد في الجيوب الدماغية

وجوهر الرئة يوجد محتويا على كثير من الدم وفي حالة أوذيما كثيرا أو قليلا وكثيرا ما يكون في العقد الشعبية وفي الرئة آثار الدرن الرئوى الدخني المزمن القديم أو قليل الامتداد وجثة الهالكين بالدرن الدخني الحاد تشبه جثة الهالكين بمرض حاد في الدم وهذه المشابهة التي في حال الحياة يظهر أنها تستمر بعد الموت فان الدم يكون أسمر مائعا متجها نحو الاصفرار المنحدرة بحيث ينشأ عن ذلك احتقانات انحدارية ممتدة وتكون العضلات محمرة والطحال متضخما قليلا أو لينا

(الاعراض والسير)

متى ظهر الدرن الدخني الحاد مدة سير الدرن الدخني المزمن المصحوب بحمى الدق والعرق الليلى أو في اثناء الدور الاخير من التيبوس فلا يتيسر معرفته لانه لا يمكن الحكم بأن الحمى والانحطاط السريع للمريض ناتجان عن المرض الاصلى او عن الدرن الدخني الحاد المضاعف له خصوصا وان البحث الطبيعى للصدر في مثل هذه الاحوال لا يدل على شئ بل ان هذا الامر اعنى عدم التناسب بين الاضطراب العام الثقيل وقلة امتداد الدرن المزمن الموجود يمكن في بعض الاحوال الارتكان اليه في التشخيص

ومتى ظهر الدرن الدخني الحاد في اشخاص سليمة بحسب الظاهر اعنى عند اشخاص اختفى المرض الرئوى المزمن عندهم فالامر ينعكس لان الدرن الدخني الحاد في مثل هذه الاحوال كثيرا ما يبتدئ بقشعريرة متكررة وسرعة عظيمة في النبض واضطراب عمومى ثقيل جدا وهذه الاعراض يعسر توجيهها عند عدم اعراض تغير مرضى موضعى وسرعة النبض تزداد جدا ويحصل للمريض عرق غزير وازدياد واضح في نحافته يوميا ويجف لسانه وتضطرب وظائف الدماغ فيحصل هذيان او نحو وهذه الاعراض الضعفية التي تتقدم بسرعة وان اصطحبت بسعال وضيق في النفس الا ان البحث عن

الصدر مع التكرار لا يدل بالكلية على ان منسوج الرئة مرتشح وغاية ماهنالك أن يسمع بعض الغاط صفيرية أو فرقعية خفيفة وهذه الاعراض تلتبس التباسا تاما باعراض التيفوس بحيث ان مشاهير الاطباء فى التشخيص يعترفون بان هنالك أحوالا لا يمكن فيها تمييز هذين المرضين عن بعضهما بالكلية حيث انهم شاهدوا بعض اشخاص هلكوا وكان تشخيصهم بالتيفوس واستبان بعد الموت انهم كانوا مصابين بالدرن الدخنى الحاد وبالعكس والتمييز بين هاتين الحالتين يكون أشد عسرا كلما كانت الاعراض الشعبية النزلية فى الدرن الدخنى الحاد أقل شدة وكان البحث عن الطحال غير دال على شئ أكيد وكان السير سريعا جدا فان الزمن الذى يحتمل فيه هلاك المصاب بالتيفوس عادة أعنى بعد ١٤ يوما تقريبا يحتمل هلاك المصاب بالدرن الدخنى الحاد فيه أيضا ويندر حصول ذلك فى الاسبوع الخامس او السادس والمريض يهلك منه ايضا من شدة الحمى والاضمحلال كما فى التيفوس فان النبض يزداد صغره وسرعته وينتهى الامر بكون الاوردة الرئوية لا تقدر على استفراغ مافيها من القلب الذى لم يتم استفراغه من هذا السائل فينشأ عن ذلك أوذيما رئوية وشلل فى الشعب واسفكسيا

(التشخيص)

يمكن اشتباه الدرن الدخنى الحاد فى ابتدائه بالحمى المتقطعة اذا تكررت القشعريرة على طرز منتظم تقريبا لكن لا يلتبس الامر الا قليلا حتى يتضح للطبيب أن الفترات والتقطعات ليست تامة وان المركبات الكينية لا تثمر وأن هذا المرض يصطحب بتهيج شديد فى الغشاء المخاطى الشعبى لا يشاهد عادة فى الحميات وان سرعة النبض لم تزل آخذة فى الازدياد وان حالة المريض بجموعها تظهر صفة خبيثة ثقيلة أكثر منها فى الحمى المتقطعة البسيطة

وفى احوال اخرى يلتبس هذا المرض فى ابتدائه بنزلة شعبية حادة ممتدة مصحوبة بحمى سيما اذا كان السعال شديدا متعبا وعما قليل يزول الشك ويتضح التشخيص من شدة الحمى وسرعة انحطاط المريض وخبث سير المرض

وأما التشخيص التمييزى بين الدرن الدخنى الحاد والتيفوس فمبنى على

الاعتبارات الآتية منها ان السعال وضيق التنفس يتضح ظهورهما جدا ويتقدم حصولهما فى الدرن الدخنى الحاد عن التيفوس ويكونان اكثر شدة والتيفوس الطفحى وان شوهد فيه علامات الالتهاب الشعبى الشديد وكانت متقدمة الحصول الا أن التشخيص هنا سهل بسبب ظهور الطفح الدال على هذا المرض وأما فى الدرن الدخنى الحاد فان الطفح الوردى لا يظهر مطلقا ومنها انه فى احوال التيفوس البطنى يندر عدم مشاهدة بقع منعزلة وردية فى القسم الشراسيفى مع تكرر البحث بالدقة وهذه البقع لا توجد فى الدرن الدخنى ومنها ان الطحال فى هذا المرض لا ينتفخ انتفاخا عظيما وان وجد احيانا لا يكاد يكون له ادنى اهمية وفى التيفوس البطنى يكاد يكون على الدوام موجودا وان لم يوجد احيانا فى التيفوس الطفحى الا ان اتضاح الطفح الجلدى يغنى عن هذه العلامة ومنها انه يندر عدم وجود الانتفاخ الطبلى للبطن فى التيفوس البطنى وكذا الاسهالات المصلية السائلة وزيادة حساسية قسم الحفرة الحرقفية اليمنى وتألمه فان هذه الاعراض لا تشاهد فى الدرن الدخنى الحاد ومنها ان التيفوس لا يضاعف مطلقا الاصابة الرئوية المزمنة بخلاف الدرن الدخنى الحاد فانه بعكس ذلك يكاد يصيب على الدوام الاشخاص التى اعتراها هذا المرض فوجود أصمية فى احدى قمتى الرئتين أمر مهم يرتكن اليه فى التشخيص ومنها ان ارتفاع درجة الحرارة فى الدرن الدخنى اقل منه فى التيفوس كما نبه على ذلك المعلم (وندرلش) وان درجة الحرارة يندر ان ترتقى الى ٤٠ وانها ليست بنسبة سرعة النبض العظيمة جدا

(الحكم على العاقبة)

عاقبة هذا المرض تكاد تكون خطرة على الدوام وانما توجد بعض مشاهدات نادرة جدا للمعلم (وندرلش) تسمح بالقول بان الدرن الدخنى الحاد يمكن ان يقف وربما شفى بل والاحوال التى فيها يقف هذا الدرن الحاد ويستحيل الى درن مزمن والى سل رئوى نادرة جدا وكلما كانت الحمى شديدة والظواهر الدماغية اكثر اتضاحا كان الانتهاء المحزن قريبا

(المعالجة)

يتضح مما ذكرنا أن معالجة الدرن الدخنى الحاد لا تكون الا عرضية والعرض

الاكثر اهمية هي الحمى فان اكثر المرضى يهلكون منها ومن الجيد جدا في الابتداء اعطاء مقادير عظيمة من سلفات الكينا ثم فيما بعد الديجتالا ومضغ الميامل البارودة والحوامض ولكن لا يركن الى منفعة ذلك ويمكن استعمال الوضعيات الباردة والمنفسات والمنبهات الجلدية والحقن بالمرفين تحت الجلد لاجل مقاومة عسر التنفس الشديد واما السعال فيصير تلطيفه بالمخدرات وان ظن الطبيب ظهور اعراض دنيئة سحائية ساغ له استعمال الوضعيات الجليدية على الرأس مع استعمال الوسايط العلاجية المستعملة في الالتهاب السحائي القاعدي

(المبحث الخامس عشر)

(في سرطان الرئة)

(كيفية الظهور والاسباب)

كيفية ظهور هذا المرض واسبابه كما في التولدات المرضية الخبيثة على العموم غير واضحة

ثم ان سرطان الرئة مرض لا يظهر على حالة أولية الا نادرا يعني يندر أن يكون الجوهر الرئوي هو أول جزء من الجسم يظهر فيه ابتداء أثر السرطان بل يكاد على الدوام أن تبتدئ الاستحالة السرطانية في اعضاء اخرى سيما الغدة الثديية

(الصفات التشريحية)

السرطان الذي يظهر في الرئة عادة هو السرطان النخاعي ويندر أن يوجد فيها السرطان الاسكيري او الهلامي وتارة يظهر السرطان على شكل كتل مستديرة محدودة مختلفة الحجم فتكون من حجم حبة الشهدانج الى قبضة اليد مكونة لاورام سرطانية منعزلة ذات هيئة نخاعية وقوام رخو ويوجد فيها في الاصفار الملاصقة للبلورا نوع تفرطح أو انبعاج سرطاني وتارة يكون السرطان مكتسبا لصفة السرطان المرتشح وهذا الشكل لا يكون كالذي قبله مميزا بحد واضح بين التولد المرضي الجديد وجوهر الرئة المحيط به بل يتصف بعكس ذلك بحدود غير مدركة ولا يكون على شكل اورام مستديرة سرطانية والقول بان النضح المرضي في هذه الحالة الاخيرة يستحيل

الى الحالة السرطانية قد رفض الآن فينبغي توجيه كيفية حصول السرطان المرتشح بان الاستحالة السرطانية متى ابتدأت في بعض جسيمات المنسوج الخلوى الضام للجوهر الرئوى وفى بعض الخلايا البشرية للحويصلات الرئوية الى الخلية سرطانية فان هذه الاستحالة تمتد شيأ فشيأ الى باقي اجزاء المنسوج الخلوى المجاور والخلايا البشرية للحويصلات الرئوية القريبة ومن جهة اخرى توجيه كيفية حصول الاورام السرطانية المنعزلة الكائنة فى الجوهر الرئوى بان الخلايا السرطانية المتكونة ابتداء فى المنسوج الضام الخلاقى تنمو بدون استحالة جديدة فى الاجزاء المجاورة لمواد سرطانية فعظم السرطان وكبره لا يتم فى هذه الحالة الا بنمو الخلايا السرطانية المتكونة ابتداء والمنسوج المجاور المحيط بهذه الاورام ينطرد وينضغط

ومن النادر ان يحدث السرطان الخاص ابتداء فى الرئة فيتلاشى جوهرها وينتج عنه تكوين كهوف بل الغالب نموه وبروزه من البليورا التى تلتصق صفيحاتها ببعضها بسرعة فيلامس السرطان جدر الصدر بل وينقبها

(الاعراض والسير)

لا تشاهد فى معظم الاحوال اعراض خاصة بالسرطان الرئوى بل فى الغالب لا يمكن معرفة هذا الداء الا فى الاحوال التى فيها استأصلت الغدة الثديية من قبل او التى فيها توجد تولدات سرطانية باعضاء اخرى فان ظهرت فى مثل هذه الاحوال اعراض تدل على حالة مرضية مزمنة فى الرئة كعسر التنفس والسعال والنفث الدموى وآلام فى جدر الصدر لا ينبغى الظن حينئذ بتكوين درن فى الرئة بل بسرطان بسبب ندرة التولدات الدرنية عند المصابين بالسرطان وكثرة حصول النكسات عقب استئصال الاورام السرطانية ويتأكد التشخيص اذا ثبت بالقرع والتسمع وجود تكاثف فى الجوهر الرئوى سيما اذا كانت هذه الاصمية فى غير قمة الرئتين كما هى عادة محلها فى السل الرئوى ومن النادر أن يوجد فى متحصل النفث جزيئات من أخلية سرطانية دالة وان وجد ذلك صار التشخيص أكيدا والذى يثبت به التشخيص ويتأكد هو انثقاب الجدر الصدرية وظهور الورم السرطانى من خلال جدر الصدر

*(المعالجة)

(المعالجة)

لايمكن التكلام على معالجة سرطان الرئة فى حد ذاته وأما الذى ينبغى مقاومته تبعا لما تقدم ذكره فهى الاحتقانات الرئوية للاجزاء المحيطة واوذيما الرئة والنفث الدموى

(الفصل الرابع)

(فى امراض البليورا)

(المبحث الاول)

(فى التهاب البليورا ويسمى عند الاقدمين بذات الجنب)

(كيفية الظهور والاسباب)

سيميز الالتهاب البليوراوى بشكلين احدهما الشكل الذى ينتج عنه ثخن فى البليورا والتصاق صفيحاتها مع بعضها وثانيهما الذى ينتج عنه ايضا ثخن فى هذا الغشاء الا انه ينشأ عنه مع ذلك نضح كثير البقية أو قليلها وكذا كمية متفاوتة من اخلية جديدة التكوين فى تجويف البليورا وثخن وريقات البليورا والتصاقها ببعضها ينشأ من نمو وضخامة المنسوج الخلوى الطبيعى والانسكابات البليوراوية تكون نتيجة نضح خلاقى وأما الاخلية الجديدة المختلطة بهذا النضح فان منشأها نمو غير طبيعى فى الاخلية البشرية المغطية للبليورا وجسيمات منسوجها الخلوى

وأما مايخص اسباب الالتهاب البليوراوى فيقال فيها ماذكرناه فى اسباب الالتهاب الرئوى

وهو انه لايجوز اعتبار كل التهاب بليوراوى يحصل فى الاشخاص غير الاقوياء بل ضعفاء البنية او المصابين بمرض آخر التهابا ثانويا فانه لو كان كذلك لازداد عدد الالتهابات البليوراوية الثانوية جدا عن الالتهابات البليوراوية الاولية ومثل ذلك يقال فى الالتهابات البليوراوية التى كثيرا ما تظهر فى اثناء سير داء بريكت فانه ينبغى اعتبارها مضاعفات لهذا المرض الاخير لا تابعة له وكذا ما يشاهد كثيرا عند الاشخاص الناقهين من امراض ثقيلة والضعفاء جدا من ظهور التهابات بليوراوية أكثر من أقوياء البنية يكون مبنيا على زيادة استعداد للاصابة بآفات التهابية ولاسيما الالتهابات البليوراوية فيتوقف

الحال على سبب آخر ولو خفيفا يحدث به هذا المرض حيث لا ينشأ بدونه وعكس ذلك يقال فى الالتهابات البليوراوية التابعة الناتجة بدون واسطة عن حالة مرضية فى الدم وتسممه كالالتهابات البليوراوية التى تكون عرضا ملازما للتسمم الصديدى للدم وهذا النوع يصحبه غيره من التهابات الاغشية المصلية سيما المفصلية بدون ان يؤثر على الجسم سبب مضر آخر وكالالتهابات البليوراوية النفاسية والتى تعقب الحصبة والتيفوس وفى جميع هذه الاحوال يكاد ينتج عن هذه الالتهابات البليوراوية التابعة انسكاب بليوراوى صديدى

واما الاسباب المتممة للالتهاب البليوراوى فيعد منها أولا الاصابات الجرحية فى الاضلاع والبليورا بنفوذ اجسام غريبة او انسكاب مواد دموية او صديدية اوغازية فى التجويف البليوراوى فان جميع هذه المؤثرات تنتج عنها الاشكال المختلفة للالتهاب البليوراوى ولا سيما المصحوبة بنضح غزير كثير الليفية

ثانيا امتداد التهاب الاعضاء المجاورة سيما الالتهاب الرئوى المصيب للطبقات الدائرية من الرئة ونحو ذلك وفى هذه الاحوال ينشأ عنها الالتهاب البليوراوى المصحوب بانسكاب بليوراوى قليل الكمية كثير الليفية لكنه احيانا قد يكون غزيرا جدا مصليا ليفيا

ثالثا يعد من ذلك الالتهابات البليوراوية المتعلقة بتغيرات مرضية غير التهابية كالسرطان والدرن والرئتين وذلك متى وصلت هذه التولدات المرضية الغريبة الى قرب البليورا وفى مثل هذه الاحوال كثيرا ما يكون الالتهاب البليوراوى جافا فيؤدى الى التصاق وريقات البليورا ببعضها وفى أحوال أخرى قد يحصل انسكاب بليوراوى كثير الغزارة أو قليلها أو تكون درنى اوسرطانى فى الاغشية الكاذبة البليوراوية

رابعا الالتهابات البليوراوية تنشأ عن تأثير البرد اومؤثرات جوية أوارضية مجهولة علينا وتسمى حينئذ بالالتهابات البليوراوية الروماتيزمية وفى مثل هذه الاحوال كثيرا ما يتفاوت النضح كما وكيفا

(الصفات التشريحية)

فى ابتداء الالتهاب البليوراوى تكون البليورا ذات لون محمر باحتقان وعائى شعرى بمجلسها المنسوج الخلوى الضام تحت الغشاء المصلى و يوجد فيها ايضا نقط واشرطة وردية ناتجة من الاحتقان الشعرى الدقيق وزيادة على ذلك توجد نقط صغيرة من انسكابات دموية اوبقع ايكموزية على شكل لطخ غير منتظمة حمراء ادا كنه يندر أن يشاهد فيها تفرعات وعائية ومنسوج البليورا يكون من تشحار خوا ومعظم اخليتها البشرية منفصلة وسطحها الاملس اللماع يصير متكدرا والبليورا نفسها منتفخة قليلا ثم يكتسب سطحها السائب هيئة غير منتظمة خشنة متلبدة ناتجة عن تكون تندات رقيقة وتحببات حلية ملتصقة بها التصاقا متينا لاتلتبس بالترا كمات النضحية اللبقية وبالبحث بالمكرسكوب عن هذه التحببات يظهر انها متكونة من خلايا جديدة التكوين شبيهة بالجسيمات اللمفاوية وبنمو بعض هذه الخلايا على شكل أخلية مغزلية يتكون جوهر رقيق ضام وبعضها باجتماعه واصطفافه تتكون أوعية شعرية و بذلك ينشأ مجموع وعائى مستطرق بأوعية البليورا يكون سيره متعرجا فى المنسوج الخلوى الضام الرقيق المتكون جديدا

وتوجد هذه التغيرات فى جميع أشكال الالتهاب البليوراوى سواء وجد انسكاب فى تجويف البليورا أولا وسواء كان الانسكاب غزيرا اولا كثير اللبقية او قليلها وسواء كان كثير الجسيمات الصديدية اوقليلها فينسب اليها بانفرادها تكوين الاغشية الكاذبة البليوراوية والتصاق وريقاتها ببعضها

ثم ان شكل الالتهاب البليوراوى الكثير الحصول جدا الذى لايشاهد فيه الا التغيرات السابقة دون غيرها و يمكن تسميته بالالتهاب البليوراوى الجاف يندر البحث عن صفاته التشريحية بعد حصوله حالا وان تيسر ذلك فلا يوجد أدنى نضح سائب وانما يوجد نمو أخلية البلور الذى تقدم ذكره فقط وزيادة على ذلك أن مايشاهد بكثرة من التصاق وريقات البليورا ببعضها التصاقا ممتدا بدون أعراض بليوراوية يثبت ثبوتا شافيا أن هذه الالتصاقات حصلت بدون نضح سائب فاننا نشاهد أن حصول النضح

ولو قليل الكمية يصطحب بآلام شديدة جدا

وأما شكل الالتهاب البلوراوى ذى النضح القليل الكثير الليفية جدا فيشاهد غالبا مصاحبا للالتهاب الرئوى الليفى أو الآفات الرئوية المزمنة وفى مثل هذا الشكل توجد البليورا الملتهبة التى اعتراها التغيرات السابقة مغطاة بطبقة ليفية رقيقة شبيهة بالغشاء تزيد فى تعكر هيئة الغشاء المصلى بحيث لايرى سطحه المحتقن الايكيموزى الا بعد رفع هذه الطبقة بطرف المشرط مثلا وفى أحوال أخرى يكون هذا الانسكاب كثير الليفية جدا وكميته زائدة قليلا فحينئذ يشاهد على سطح البليورا تراكمات مبيضة سميكة تبلغ نصف خط رخوة شبيهة بالاغشية الليفية الكاذبة ومن الواضح ان النضح فى هذه الاحوال كان ابتداء حصوله سائلا ثم انعقد ولكن الغالب انه لا يمكن وجود جزء سائل بجواره هذا الجزء المنعقد فى تجويف البليورا ومتى آل هذا الشكل للشفاء فالتراكمات الليفية تمتص بعد مكابدة الاستحالة الشحمية وسيولتها فتتقارب وريقات البليورا النامية أخليتها من بعضها وتلتصق

وأما الالتهاب البليوراوى ذو النضح الغزير المصلى الليفى ففيه تغيرات جوهر البليورا السابقة تكون ممتدة جدا على البليورا الحشوية والجدرانية ويحصل فى تجويفها انسكاب غزير جدا تبلغ كميته من رطلين الى ثلاثة الى عشرة بل أكثر وهذا النضح يتكون من جزأين أحدهما مصلى اصفر مخضر وثانيهما من مواد ليفية منعقدة تسبح فى السائل على شكل ندف وتجمعات ليفية صغيرة أو تكون فيه شبكة رخوة أو ترسب على سطح البليورا مكونة لطبقة من أغشية كاذبة وكلما كان الانسكاب قديما كانت هذه المواد أكثر صلابة وتماسكا فتكتسب فيما بعد هيئة ليفية بدون أن تنضى ويوجد على الدوام فى هذا السائل المصلى وفى التراكمات الليفية جسيمات صديدية منعزلة بحيث ان هذا الشكل لا يتميز عن الشكل الآتى الا بقلة الكرات الصديدية التى توجد بعدد عظيم جدا فيه وكلما كثرت الجسيمات الصديدية زاد تعكر السائل المصلى وازدادت التراكمات المصفرة ثم ان النسبة بين المصل والمواد الليفية تختلف ومع ذلك فليس من الجائز اعتبار النضح الليفى نتيجة لسوء القنية أى الاخلاط الليفية أعنى لازدياد المواد الليفية للدم بل الذى يقرب من

الحقيقة خلاف ذلك وهو ان الالتهاب البليوراوى الذى تتراكم فى اثنائه مواد ليفية على البليورا ينشأ عنه كذلك ازدياد فى المواد الليفية للدم ايضا وان الانسكاب يزداد أحيانا ازديادا دفعيا متقاوا وحيث كانت هذه الازديادات ليست ناتجة بدون واسطة عن الاوعية الشعرية البليوراوية بل عن الاوعية الرقيقة المنسوج الضام الجديد التكوين فقد ينتج فى الالتهاب البليوراوى المزمن من تمزق جدر الاوعية الرقيقة الجديدة التكوين انسكاب من مواد دموية تختلط بالسائل المنسكب ومن هذا يتكون الالتهاب البليوراوى ذو الانسكاب الدموى ويوجد على الدوام حول هذه الانسكابات التصاقات ناتجة عن النضح الليفى جديدة التكوين بحيث يتكيس الانسكاب البليوراوى وهذا الامر مهم جدا بالنسبة لمجموع اعراض الالتهاب البليوراوى

وأما التغيرات التى تحصل فى الصدر والاعضاء المحتوى عليها عند وجود انسكابات بليوراوية عظيمة جدا فهى تبعا لرأى المعلم (روكتنسكى) الذى شرحها بالدقة كما سيأتى عبارة عن تمدد الصدر تمددا عظيما واتساع المسافات بين الاضلاع وتقوسها نحو الظاهر واندفاع الحجاب الحاجز الى اسفل كما ان كلا من الحجاب المنصف والقلب يندفع الى الجهة المقابلة للانسكاب اوالى الخط المتوسط اذا كان الانسكاب فى كلتا الجهتين والرئة كذلك تنضغط انضغاطا عظيما موافقة لدرجة كمية الانسكاب وتندفع الى الخلف والاعلى والانسية نحو الحجاب المنصف الخلفى والعمود الفقرى اذا لم توجد التصاقات قديمة تمنع اندفاعها بهذه الكيفية وتوجد صغيرة الحجم بحيث لا تصل الى ربع حجمها الاصلى أو ثمنه وتكون منبججة أو مفرطحة من جهة سطح الظاهر المحدب بحيث تشبه الفطيرة المفرطحة وجوهرها يعتريه حالة ضمور فيكون أحمر باهتا او أزرق مسودا او رصاصيا سنجابيا شبيها بالجلد خاليا من الدم والهواء وتكون مستورة من جهة دائرتها او حوافيها او محاطة باغشية كاذبة ممتدة من البليورا الضلعية وفى احوال الالتهاب البليوراوى الجزئى يكون كل من تزحزح الرئة وانضغاطها قاصرا على جزء منها موافقا لمجلس هذا المرض وامتداده ورئة الجهة السليمة تكون على الدوام محلا للاحتقان توارد

تقعمى جانبى وفى احوال الانتهاء المحزن تكاد تكون على الدوام مجلسا الاوذيما جانبية تقعمية

ثم اذا انتهى هذا الشكل من الالتهاب البلورا وى بالشفاء يصير الانسكاب اكثر تركزا شيأ فشيأ (وتبعا لذلك يكون الامتصاص فى الابتداء اسرع منه فيما بعد) وبالجملة يمكن ان يمتص الجزء السائل من هذا النضح بالكلية بحيث ان صفيحات البلورا الغير الملساء بسبب التراكمات اللمفية تلامس بعضها والتراكمات اللمفية المذكورة تعتريها الاستحالة الشحمية فتسيل وتمتص وحينئذ يحصل التصاق وريقتى البلورا المتكاثفتين مع بعضهما وقد يوجد بين هذه الالتصاقات بقايا التراكمات اللمفية الغير الممتصة وبعض العناصر الحاوية للانسكاب البلوراوى على هيئة مواد جبنية مصفرة

ثم ان حصل امتصاص الانسكاب بسرعة نفذ الهواء ثانيا فتتمدد وتعود المسافات بين الاضلاع الى حالتها الطبيعية وكل من الحجاب المنصف والحجاب الحاجز والقلب والكبد المتزحزح عن محله يعود الى محله الطبيعى

وفى أحوال أخرى تلتصق جدر الخلايا الرئوية المنضغطة من منذ زمن طويل مع بعضها بحيث لا يمكن نفوذ الهواء فيها أو أن التراكمات اللمفية اليابسة الكائنة على الرئة المنضغطة تمنع تمددها ثانيا ولا يمكن تعيين الزمن والمدة التى يحصل فيها هذا الامر مع التأكيد فان حصل الامتصاص فى مثل هذه الاحوال نشأ عن ذلك فراغ وصار كل من الصدر والاعضاء المجاورة له مجبورا على المساعدة فى امتلائه وذلك بانجذابها الى نحو هذا الفراغ فتهبط جهة الصدر المسامتة بحيث تكون تقعيرا بدلا عن تحدبها وتضيق المسافات بين الاضلاع الى أن تلامس بعضها ويهبط الكتف بل ويتقوس العمود الفقرى بحيث يكون قوسا تقعيره مما يلى الجهة المريضة والكبد الذى يكون مندفعا الى أسفل فى احوال الانسكاب البلوراوى الايمن ينجذب الى اعلى بحيث كثيرا ما يصل الى الضلع الثالث وقمة القلب التى تكون متحولة جهة حافة القص اليمنى فى احوال الانسكاب البلوراوى اليسارى تنجذب جهة اليسار عقب امتصاصه بحيث يمكن ان تصل الى الخط الابطى اليسارى

واما الالتهاب البلوراوى ذو الانسكاب الصديدى المعروف بالامبيما

وبالانسكاب الصدرى الصديدى ففيه الجزء السائل من الانسكاب يشتمل على أخلية صديدية عديدة جدا بحيث يكون سائلا غير شفاف مصفر كثيف وكذا الرواسب الليفية يحتوى باطنها على جسيمات صديدية بكمية عظيمة جدا فتظهر رخوة ذات لون مصفر والانسكاب الصديدى هنا يمكن امتصاصه أيضا سواء فى ذلك جزؤه السائل ومادته الليفية وأخليته الصديدية بعد أن تعتريها الاستحالة التى تكرر ذكرها الا انه فى هذا الشكل قد يحصل انتهاء آخر للالتهاب البليوراوى وهو أن تكوين المكرات الصديدية لا يحصل فقط على السطح السائب من البليورا بل يحصل أيضا فى جوهر البليورا نفسه فتصير متكرة لينة ويحصل فيها على التدريج ففقد جوهر شيأ فشيأ وان تقدم فساد جوهر البليورا وامتد وأصاب الوريقة الضلعية من البليورا أمكن ان ينفتح الانسكاب البليوراوى الصديدى نحو الخارج بحيث انه فى الاحوال الجيدة يطمع فى الشفاء عقب ذلك وتمدد الرئة ثانيا وبهذه المثابة يمكن أن يحصل انفجار الامبييما فى الرئة نفسها فيستفرغ الصديد من الشعب وحصول الشفاء التام فى مثل هذه الاحوال يعد نادرا جدا

(الاعراض والسير)

الالتهاب البليوراوى الجاف لا تنتج عنه اعراض مخصوصة وان حصلت وكانت مصاحبة لظواهر مرضية أخرى فبالاقل لا يمكن تمييز اعراضه من أعراض المرض المصاحب له فقد يوجد فى جثة بعض الاشخاص التصاقات تامة بدون ان يشاهد فيهم مدة الحياة ظواهر مرضية واضحة والالتصاقات الممتدة المتينة لوريقتى البليورا تمنع من انزلاق البليورا الحشوية على الضلعية ومن تمدد الرئة فى أثناء الشهيق ولا بد من حصول ضيق خفيف فى النفس لا يتضح غالبا الا عند الاحتياج لسرعة النفس بواسطة المجهودات الجسمية او خلافها

واما الالتهاب البليوراوى ذو النضح الليفى القليل فيكون مصحوبا بآلام شديدة ناخسة تزداد بواسطة الانزلاق البطىء لصفيحتى البليورا عند حصول التنفس الطبيعى وتشتد جدا عندما يكون انزلاق صفيحتى البليورا على بعضهما سريعا كما يحصل ذلك عند التنفس العميق وبالاكثر يكون كل من

حركة السعال والعطاس مؤلما جدا فانه فى اثناء هاتين الحركتين يعترى البليورا الملتهبة ضغط من الباطن بواسطة الهواء المنضغط وكذا تزداد الآلام ازديادا عظيما وترتقى بالضغط على الاضلاع والمسافات التى بينها فانه يؤثر على البليورا بدون واسطة والمرضى تتنفس تنفسا سطحيا مع الاحتراس وفى الغالب ينحنى جسمها الى الجهة المريضة اذ بهذا الوضع يقل توتر العضلات بين الاضلاع وتمددها الملتهب وزيادة على ذلك تحس بعض المرضى مدة التنفس باحتكاك فى صقع محدود من الصدر وينضم لذلك سعال الا ان هناك احوالا يفقد بالكلية فيها وليس من الاكيد الى وقتنا هذا معرفة أن التهيج البليوراوى هل ينتج عنه سعال بطريق الانعكاس كالتهيجات الانتهائية فى الغشاء المخاطى الشعبى ام لا وهل كل سعال يظهر فى الالتهاب البليوراوى يكون نتيجة مضاعفة رئوية أو شعبية

ثم ان الالتهاب البليوراوى ذا النضح الليفى القليل ان لم يصطحب بتغيرات التهابية شديدة فى الجوهر الرئوى يكون سيره بدون حمى واضطراب بنى عمومى فلذا ترى أغلب المرضى المصابين به لا يعكفون باماكنهم بل يذهبون الى الطبيب لاستشارته

وقد ذكرنا سابقا ان ألم الجنب الذى هو اكثر الاعراض ايلاما للمريض فى الالتهاب الرئوى الليفى ويكاد على الدوام يتعلق بلا شك بمضاعفة ملازمة لهذا المرض أى بذلك الشكل البليوراوى تكون مدته قصيرة دون باقى اعراض الالتهاب الرئوى والظاهر ان هذه الظاهرة ناتجة عن زوال انزلاق صفيحتى البليورا على بعضهما عند امتداد ارتشاح الرئة امتدادا عظيما بل وفى الاحوال التى فيها يحصل هذا المرض أوليا اى ذاتيا أو مضاعفا لمرض مزمن فى الرئة تقصر مدة آلام الجنب ايضا بحيث لا تستمر الا بعض ايام سيما بالمعالجة اللائقة ولا تمكث بعض اسابيع الا فى احوال استثنائية وتكون ظاهرة مخوفة تكاد تتعلق دائما بتغير مرضى ثقيل فى جوهر الرئة

واما الالتهاب البليوراوى ذو النضح المصلى الليفى الغزير الذى يظهر فى كثير من الاحوال بظواهر مرضية عامة ثقيلة واعراض موضعية شديدة شبيهة باعراض الالتهاب الرئوى الليفى فهو مرض حاد فى كل من ابتدائه وسيره

فيبتدئ بقشعريرة شديدة تعقبها اعراض حمية شديدة مع ارتقاء درجة حرارة وسرعة النبض وامتلائه وينضم لذلك آلام في الرأس والظهر والاطراف وفقد الشهية وزيادة العطش وغير ذلك من الظواهر التي تصحب الامراض الحادة المصحوبة بحمى شديدة ونوبة القشعريرة لا تكون واحدة على الدوام بل الغالب انها تتردد وهذا التردد يقرب جدا من الطرز الثلاثي بحيث كثيرا ما يشتبه الالتهاب البليوراوي في ابتدائه بالحمى المتقطعة

وفي ابتداء هذا المرض يكون هذا الشكل مصحوبا في كثير من الاحوال بآلام شديدة ناخسة مجلسها عادة الجهة الجانبية من الصدر مثل الشكل السابق الذي كثيرا ما يستحيل الى هذا الشكل الاخير عقب ازدياد النضح فيه وغزارة مادته المصلية وبتقدم سير هذا المرض يحصل تلطيف في الآلام بل كثيرا ما تزول بالكلية ولو قبل ان يصل الالتهاب الى اشد درجة ارتقائه وقبل أن يتم النضح بالكلية والسعال الذي يكاد لا يفقد في هذا الشكل يكون احيانا متعبا مستمرا للغاية يسهل توجيهه في بعض الاحوال بالاحتقان النفسي الجانبي او الاوذيما الجانبية اللذين يعتريان اجزاء الرئة الغير المنضغطة وفي احوال اخرى لا يتضح توجيه حصول السعال

ثم انه ينضم للاعراض المذكورة ضيق عظيم في النفس يرتقي الى اعلى درجة بازدياد الانسكاب ومن المهم معرفته أن ضيق النفس في أحوال الانسكابات البليوراوية لا يتعلق جميعه بانضغاط أجزاء عظيمة من الرئة بل ان جزأ عظيما من ضيق النفس يتعلق باحتقان واوذيما أجزاء الرئة الغير المنضغطة اذ بهما يحصل تناقص في متسع سطح التنفس ايضا وعلى كل حال فضيق النفس في الالتهاب البليوراوي يزول كما يزول في الالتهاب الرئوي متى زال ارتقاء الاعراض الحمية وسرعة التنفس سيما متى كان الانسكاب غير عظيم جدا

ثم انه بعد استمرار هذا المرض ستة ايام او ثمانية وارتقائه الى اعلى درجة يحصل انحطاط سريع وترقى نحو الشفاء كما يحصل ذلك في الالتهاب الرئوي الليفي بحيث يتناقص كل من الاضطراب البنيي العمومي وهذه الظاهرة تتعلق بانطفاء الحمى (المعروف بالبحران) وفي الاحوال الجيدة يبتدئ امتصاص النضح ويتقدم تقدما عظيما ويكون الامتصاص كما ذكرنا في الابتداء سريعا

ثم يبطئ شيأفشيأ كلما تناقص الجزء السائل من الانسكاب وازداد تركزه بحيث يتحقق الطبيب من وجود بعض الانسكاب البلوراوى بعد بعض اسابيع ولو كان المريض متحصلا على تمام الشفاء فى الظاهر

وزيادة على هذه الاحوال التى فيها يسير هذا المرض سيرا حادا توجد احوال أخرى وان ابتدأ المرض فيها ابتداء حادا الا انه يكون ذا سير بطىء مستطيل ففى انتهاء الاسبوع الاول او بعده ببعض ايام تتناقص الحمى ولا يزداد الانسكاب ثم يبتدئ الانسكاب فى الزوال بحيث ان أجزاء الرئة التى كانت منضغطة ينفذ الهواء فيها ثانيا غير انه بينما يظن الطبيب حصول تحسين واضح عند المريض يرى انه صار قصير النفس ويزداد السعال عنده وينقذف منه نفث دموى رغوى ويحصل أيضا ثوران فى الحركة الحمية وعند البحث عن أعلى الصدر بالعلامات الطبيعية يوجد ازدياد فى الانسكاب كعرض الكف بل أزيد بحيث انه وصل الى درجة لم يكن وصل اليها من قبل وبهذه الكيفية مع اختلاف الظواهر المرضية تستطيل مدة المرض الذى ابتدأ حادا واستمر سيره مدة اشهر الى أن ينتهى انتهاء محزنا غالبا

وبالجملة توجد أحوال عديدة اخرى فيها يبتدئ هذا الشكل من الالتهاب البلوراوى ابتداء بطيأ وغير مدرك ثم يأخذ سيرا مستطيلا مزمنا وفى مثل هذه الاحوال تفقد الحركة الحمية الالتهابية والالم أيضا واقله يفقد الالم الشديد الذى تبتدئ به الاحوال التى سبق شرحها وليس من النادر أن لا يدرك المريض ضيق النفس وقصره وان استشار الطبيب فاذاك الامن فقد قواه وبهاتة لونه ونحافة جسمه اولظن انه مصاب بمرض مزمن فى البطن سيما ان كان الكبد مندفعا الى اسفل فى احوال الانسكاب البلوراوى اليمينى وكان بارزا فى المراق الايمن واحدث فيه ضغطا وتوترا ولا يخفى على كل طبيب ممارس للعمل وجود كثير من هذه الاحوال التى فيها لا يبقى المريض فى فراشه ولا يعلم متى ابتدأ معه الالتهاب البلوراوى والحال انه بالبحث الطبيعى كثيرا ما يثبت وجود انسكاب بلوراوى عظيم جدا مالئ لتجويف البلورا وانحطاط القوى العظيم عند مثل هؤلاء الاشخاص يوضح بسهولة متى علمنا انه على الدوام تعتريهم الحركة الحمية وأنه يوجد عندهم فى تجويف

البلورا كمية عظيمة من الانسكاب البلوراوى الكثير الزلال تصل كميته من ١٠ ارطال الى ١٥ ومثل هذا الانسكاب يحصل فيه أيضا تغيرات بالزيادة والنقص على التعاقب ولا يمتص فى الاحوال الجيدة الا ببطء جدا ثم تهلك المرضى فيما بعد من استمرار حركة حمى الدق والسل الرئوى الطارئ على ذلك

وأما الالتهاب البلوراوى ذو النضح الصديدى المعروف بالامبيما وبالانسكاب البلوراوى الصديدى فانه يحصل متى كثر جدا تكوين الخلايا الجديدة الذى لا ينفقد بالكلية فى الاحوال السالف ذكرها بحيث ان أغلب السائل يصير صديديا واعراض الانضغاط الرئوى فى هذا الشكل هى عين ما يوجد فى الانسكابات البلوراوية القليلة الكرات الصديدية جدا وفى أثناء سير الامراض العمومية المصحوبة بفساد صديدى فى الدم كثيرا ما تتكون انسكابات بلوراوية كثيرة الكرات الصديدية جدا من الابتداء وفى مثل هذه الاحوال كثيرا لا تشتكى المرضى باعراض موضعية نحو الصدر لكن هذا لا يتعلق بصفة الانسكاب نفسه بل بالاضطراب البنى العمومى الثقيل مع اضطراب الوظائف الدماغية بحيث انه فى مثل هذه الاحوال طالما تفقد العلامات المحسوسة للمريض فلا يعرف الانسكاب البلوراوى الصديدى الا بالعلامات المدركة للطبيب

وأما انتهاء الالتهاب البلوراوى فيقال فيه ان جميع اشكال هذا المرض يمكن أن تنتهى بالشفاء بل والالتصاقات العظيمة الممتدة لو بقى البلورا التى تعقب الالتهاب البلوراوى لا تعتبر شفاء غير تام فان كثيرا من الاشخاص الذين اعتراهم هذا الامر لا يشتكون منه ويعمرون زمنا طويلا وقد ذكرنا فيما تقدم ان الانسكابات البلوراوية ولو العظيمة جدا يمكن أن تمتص ولو كان امتصاصها فى الابتداء سريعا او بطيئا جدا فيما بعد وينبغى الاحتراس فى تشخيص تناقص كمية الانسكاب البلوراوى فى جميع الاحوال التى يشاهد فيها تناقص أضيمة الصدر وسقوطها الى أسفل فان تناقصها يمكن أن يكون مبنيا على أمر آخر خلاف امتصاص الانسكاب وهو أن جدر الصدر والمسافات بين الاضلاع تصير أكثر رخاوة وكثيرة التمدد وان الحجاب الحاجز

باسترخائه من شدة الضغط يسقط الى أسفل ولذا يعتبر ماذكرناه عند الحكم على الامور المذكورة وبالجملة لا ينبغى للطبيب اليأس بسرعة من عدم امتصاص الانسكاب فى الاحوال التى بها يستعصى هذا الامر زمناطويلا اذ كثيرا ما يحصل ذلك ولو بعد زمن طويل

وأما الانتهاء بالشفاء الغير التام فيعبر عنه بالحالة التى فيها لا تتمدد الرئة ثانيا ولا تقبل الهواء بسبب تكيسها بالتصاقات متينة من تولدات غشائية أو بسبب التصاق جدر خلاياها وانسدادها وفيها ينخسف الصدر وتنجذب الاعضاء الحشوية المجاورة لاجل امتلاء المسافة الفارغة المتكونة وعند هؤلاء المرضى ان كانوا متمتعين بصحة جيدة تكفى اجزاء الرئة السليمة غير المصابة فى ادخال كمية كافية من الاوكسجين فى الدم وخروج مقدار كاف من حمض الكربون وفى مثل هذه الاحوال وان فقد جزء عظيم من الاوعية الشعرية الرئوية يكفى القلب الذى اعترته الضخامة فى احداث سرعة فى دورة اجزاء الرئة السليمة بحيث لا ينشأ عن ذلك اضطراب دورى عظيم فى الدورة العظمى

ثم ان حصل انفتاح الامبييما الصدرية نحو الظاهر وذلك يكون غالبا بين الضلع الرابع والخامس لا فى الاصقاع الاكثر انحدارا من الصدر شوهد ابتداء انفتاح أوذيماوى فى الجلد الظاهر من الصدر ثم يعقبه ورم بارز يابس صلب بين الاضلاع وعما قليل يظهر فيه التموج ثم ينفجر هذا الورم وتخرج منه كمية عظيمة من الصديد وهذا الانتهاء لا يؤدى الى شفاء تام الا فى أحوال قليلة وذلك بتمدد الرئة ثانيا بحيث يمتلئ الفراغ الذى كان مشغولا بالقيح بل الغالب فى مثل هذه الاحوال انجذاب الاعضاء الحشوية المجاورة وتغير وضعها وفى أحوال انفجار الورم الصديدى الصدرى من الظاهر فالغالب عدم انسداد الفتحة انسدادا غير تام فتستحيل الى فوهة ناصورية يخرج منها على الدوام أو زمنا فزمنا مواد صديدية بكمية عظيمة وبهذه المثابة يمكن أن تعيش المرضى زمنا مستطيلا

وعند انفجار الانسكاب الصديدى للصدر فى الرئة تشاهد ظواهر رئوية التهابية خفيفة قبل حصوله فيحس المريض بآلام ناخسة فى الجنب ويقذف نفثا مدمما ونحو ذلك وفى أحوال أخرى يحصل هذا الانفجار بدون هذه الظواهر السابقة

فيستفرغ المريض بالسعال دفعة واحدة عقب نوب سعال شديدة نفثا صديديا كثيرا جدا وفى النادر من هذا القبيل قد يحصل الشفاء عقب انخساف الصدر أو بدونه والغالب أن المريض يهلك بظواهر الاختناق أو التجمع الصدرى الصديدى الغازى

وأما انفتاح الامبييما فى الحجاب الحاجز أو فى الاعضاء المشوية المجاورة فيعقب بظواهر الالتهاب البريتونى الشديد جدا وظواهر استطراقات غير طبيعية لا يمكن شرحها الامع التطويل الممل

وأما الانتهاء بالموت فيكون غالبا فى الالتهابات البليوراوية الحديثة العهد التى يرتقى فيها فى الغالب الاحتقان الدممى الجانبى الى درجة الاوذيما الحادة الشديدة جدا فى اجزاء الرئة السليمة فتحصل الغاط خرخرية وينقذف نفث زبدى مدمم ويحصل ضيق عظيم فى النفس ثم تظهر بسرعة ظواهر التسمم بحمض السكربون فتضطرب الوظائف العقلية وتخمد ويحصل هبوط عام عظيم مع ضعف فى ضربات القلب وبصغر النبض وتبرد الاطراف فتهلك المرضى بسرعة

وفى أحوال أخرى يحصل من انضغاط الرئة وأوعيتها الشعرية استفراغ غير تام فى البطين الايسر مع امتلاء احتباسى فى البطين الايمن وأوردة الدورة العظمى وقد نبه المعلم (برتلس) على انه عند تزحزح القلب وتحوله الى الجهة اليمنى يعترى الوريد الاجوف السفلى انثناء وانحناء عند مروره بالحجاب الحاجز من المسافة المربعة وبواسطة هذا الانحناء ينشأ اضطراب عظيم فى الدورة العظمى وينشأ عن الامتلاء الغير التام للمجموع الشريانى الابهرى زيادة عن صغر النبض تناقص عظيم فى كمية البول وتركزه تركزا عظيما وأما امتلاء الاوردة واحتباس الدم فيها فينشأ عن ظواهر سيانوزية واستسقاآت ولا يندر أن ينتج عن عوق استفراغ دم الاوردة الكلوية ظهور الزلال أو الدم أو الاسطوانات الليفية فى البول

وفى أحوال أخرى يحصل الموت عقب انفجار الانسكاب الصديدى الصدرى فى الرئة أو تجويف البطن أو نحو ذلك

وأكثر من ذلك حصول الموت فى أحوال الانسكابات البليوراوية التى

لم تمتص بواسطة الحمى ولو كانت درجتها خفيفة فانها تنهك البقية ولذا يعبر عنها بحمى الدق

وأغلب من يعتريهم انسكابات بليوراوية لا تمتص الا ببطء امتصاصا غير تام بمكون من الالتهابات الرئوية المزمنة والدرن الذى يتكون فى رئة الجهة السليمة عقب تردد الاحتقانات الرئوية وفى الجهة المريضة عقب تكرر الاحتباسات الافرازية النزلية

(فى العلامات الطبيعية للالتهاب البليوراوى)

بالبحث بالنظر فى أحوال الانسكابات البليوراوية القليلة المكونة لطبقة غشائية رقيقة على وريقتى البليورا أو تكون متجمعة فى الجزء السفلى من تجويفها بدون ان تضيقه ضيقا عظيما ان كان النضح سائلا لا يستدل على شئ وانما اذا كان التنفس مؤلما يرى ان المرضى تصون الجهة المريضة عن الحركة وان حركات التنفس فيها أقل امتدادا من الجهة السليمة

واما فى أحوال الانسكابات البليوراوية الغزيرة فبالبحث بالنظر يشاهد مجموع الظواهر الناشئ عن كون السطح الباطنى من الصدر ليس معرضا كما فى الحالة الطبيعية لجذب الرئة المرنة بل لضغط الانسكاب المرضى فيوجد اولا ان المسافات بين الاضلاع فى الجزء الذى فيه الانسكاب لا تكون مكونة لميازيب سطحية بل تكون هى والاضلاع المجاورة لها فى محاذاة واحدة فتكون منمحية أو مفرطحة بل تكون فى النادر بارزة قليلا ثانيا يشاهد عند وجود انسكابات عظيمة مالئة لتجويف البليورا ان جهة الصدر المريضة ممتدة فى جميع اتجاهاتها سيما فى قطرها المقدم الخلفى أى الفقرى الثديى وعند ما يكون الانسكاب غير عظيم الكمية جدا ومتكيسا فى الجهة السفلى الخلفية من تجويف البليورا يكون التمدد قاصرا على الجهة المسامتة للانسكاب ويندر جدا أن ينشأ عن الانسكابات البليوراوية المتكيسة تحدب فى جدر الصدر بغير هذا المحل ثالثا تحدث الانسكابات البليوراوية اليسارية تحولا فى القلب وفى أحوال الانسكابات البليوراوية اليمنى اندفاعا فى الكبد بحيث يشاهد بالنظر أن ضربات القلب مدركة جهة الانسية والاسفل بل احيانا تشاهد على يمين القص أو يشاهد تمدد واضح فى المراق الايمن دال على اندفاع

الكبد الى أسفل وزيادة على نتائج الانسكاب البلوراوى هذه الناتجة عن الضغط الواقع على جدر الصدر من الباطن الى الظاهر يشاهد بالنظر أن جدر الصدر فى مسامتة الانسكاب البلوراوى لاتشترك فى الحركات التنفسية وتوجه هذه الظاهرة بسهولة بأن العضلات بين الاضلاع تكون من جهة محلسا الارتشاح أوذيماوى تقمى جانبي فتكون فى حالة استرخاء شلاء ومن جهة أخرى لايمكن تمدد جدر الصدر فى تلك الجهة بسبب عدم تمدد الرئة وان كان الحجاب الحاجز مندفعا الى أسفل اندفاعا عظيما بواسطة الانسكاب بحيث يكون تحدبا عظيما فى تجويف البطن وكانت الياف العضلية غير منشلة تفرطح هذا العضو بواسطة انقباض الياف عند اندفاعه الى أسفل بحركات الشهيق ويشاهد تبعا لذلك انخساف القسم الشراسيفى فى المحل المسامت لمحاس الانسكاب عوضا عن تحدبه

ثم ان تمددت الرئة فى اثناء امتصاص الانسكاب البلوراوى تمددا تاما لاتبقى علامات ظاهرية فى جدر الصدر تدل على المرض الذى كان موجودا من قبل فانه بعد انتهاء امتصاص الانسكاب تعود المسافات بين الاضلاع الى شكلها مكونة لميازيب سطحية وتكون معرضة ثانيا لجذب الرئة المرنة وتمدد الصدر يحصل فيه انتظام ويزول اضطراب حركاته التنفسية ويعود كل من القلب والكبد الى محله الطبيعى وانما فى بعض الاحوال يبقى القلب ولو بعد امتصاص الانسكاب البلوراوى امتصاصا تاما متحولا عن محله بسبب تثبته بالتصاقات مرضية

واما اذا لم تمدد الرئة ثانيا فى أثناء امتصاص الانسكاب البلوراوى فان تجويف الصدر يتناقص فى جميع اقطاره ويحصل فيه قصر بتقارب الاضلاع بل وانزلاقها على بعضها وتفرطحها من الامام الى الخلف وكلما زال شكل التجويف المستدير فى الصدر وكان تفرطحه عظيما تناقصت (تبعا للنواميس الطبيعية) قابلية احتواء هذا التجويف واتساعه ولو بقى محيطه على حاله ولهذا السبب يوصى فى الاحوال التى ابتدأ فيها امتصاص الانسكاب البلوراوى بقياس محيط جهتى الصدر ومقارنتهما ببعضهما زمنا فزمنا لاجل معرفة درجة تقدم امتصاص الانسكاب وتمدد الرئة ثانيا اولا

يقتصر على ذلك بل ينبغي قياس طول القطرين الفقريين الثديين بواسطة بر جل ومضاهاة نتيجة القياس في الجهتين والاجود في ذلك قياس اقطار الصدر ببرجل المعلم (ولير) اذ به يمكن معرفة جميع اقطار الصدر حيث انه ذو شعب يمكن وضعها على بعضها بسهولة واستنتاج الفرق وكلما اندفعت اضلاع الجهة المريضة ازداد انخفاض الكتف وتقوس العمود الفقرى فلا يكون من النادر ان كلا من انخساف احدى جهتى الصدر وسقوط كتف الجهة المسامتة له وتقوس العمود الفقرى تقوسا جانبيا يلى تحديبه الجهة السليمة يكون عظيما جدا بحيث تتشوه هيئة الشخص المصاب بالكلية ويعبر عنه العوام اذ ذاك بالاحدب

وبالجملة يمكن الاستدلال بالبحث بالنظر عقب امتصاص الانسكاب البليوراوى اليسارى وعدم تمدد الرئة اليسرى عن تحول قمة القلب جهة اليسار بحيث تكون نبضاته قريبا من الخط الابطى اليسارى وهذه الظاهرة تنشأ عن كون القلب الذى كان مندفعا جهة اليمين بواسطة الانسكاب قد انجذب جهة اليسار عند امتصاص هذا الانسكاب وزواله شيأ فشيأ حتى يملأ الفراغ والذى ذكرنا أن كلا من رجوع محيط الصدر الى حالته الطبيعية وتناقص تجويفه الذى كان متمددا من قبل بواسطة الانسكاب البليوراوى لايدل على زوال هذا الانسكاب بالكلية فان الرئة المنضغطة انضغاطا تاما لاتشتغل الاجزأ قليلا جدا بحيث لم يزل يبقى مع تناقص تجويف البليورا تناقصا عظيما مسافة عظيمة مشغولة بالسائل

وعند البحث بالجس يحس مايسمى باللغط الاحتكاكى أو المبشرى وسنتكلم على صفات هذا اللغط وتمييزه عن الغاط أخرى مشابهة له تدرك بوضع اليد على الصدر ونتكلم أيضا على شروط ظهور هذا اللغط وزواله وذلك عند الكلام على التسمع

وزيادة على ذلك فبالجس يمكننا الاستدلال على علامات مهمة فى تشخيص الالتهاب البليوراوى المصحوب بالانسكاب الغزير بواسطة الصفات المخصوصة لحركة الاهتزاز الصوتى الصدرى عند وجود انسكابات فى تجويف البليورا ويمكن أن نقول بطريقة عمومية ان حركة الاهتزاز الصدرى أو

الاهتزاز الصوتى الصدرى تكون ضعيفة جدا أو مزالة بالكلية فى جميع ابزاء الصدر التى يوجد فيها انسكاب بليوراوى ملامس لجدر هذا التجويف وان كل انسكاب بليوراوى عظيم يمنع سريان تموجات الصوت من الهواء الموجود فى الشعب الى جدر الصدر بحيث يعوق رنانية التموجات المذكورة ومن المعلوم ان جوهر الرئة المنقبض يسهل توصيل التموجات الصوتية الى جدر الصدر ويقل عوق وضوحها أكثر من جوهر الرئة الطبيعى غير المنقبض وحيث ان التموجات الصوتية فى الاحوال الطبيعية تكون فى الجهة اليمنى من الصدر أوضح من الجهة اليسرى فتشخيص ضعف هذه التموجات الصوتية الصدرية أو فقدها بالكلية فى الجهة اليمنى ذو أهمية عظيمة زيادة عن وجود هذه الظاهرة فى الجهة اليسرى وقد يمكن فى التشخيص الى فقد الاهتزازات الصوتية الصدرية دفعة واحدة فى الجهة المقدمة والجانبية من الصدر الى تعيين حدود الانسكاب وأما فى الجهة الخلفية فان هذه الظاهرة لا توجد بل يكون فقد الاهتزازات الصوتية الصدرية تدريجيا وقد ثبت طبقا للمشاهدات الاكيدة للمعلم (سيقس) ان الاهتزازات الصوتية الصدرية فى أحوال الانسكابات القليلة تكون ضعيفة كثيرا أو قليلا وعند وجود انسكابات عظيمة تكون مفقودة بالكلية فى الطبقات السفلى ومتناقصة فى الطبقات العليا وان هذا التناقص يتزايد تدريجيا كلما قرب من موازاة سطح السائل وفى الاشخاص الضعفاء الصوت الذين لا تكاد تدرك عندهم التموجات الصوتية الصدرية تفقد هذه العلامة التشخيصية المهمة فى تشخيص الانسكابات البليوراوية

وبالجملة يستنتج بالجس تحول الكبد والقلب بواسطة الانسكابات البليوراوية كما ذكرناه عند الكلام على البحث بالنظر فانه فى أحوال الانسكابات البليوراوية اليمنى العظيمة كثيرا ما يحس بأن حافة الكبد مجاوزة لحافة الاضلاع بقدر جملة أصابع

واما البحث بالقرع فلا يدلنا على شئ واضح عند وجود انسكابات بليوراوية قليلة جدا متراكمة على ورقتى البليورا على هيئة صفائح منعقدة رقيقة وكذا الانسكابات البليوراوية القليلة فانها لا تغير لغط القرع واما الانسكابات

البلبوراوية العظيمة جدا التي بها تندفع الرئة بعيدا عن الحجاب الحاجز وجدر
الصدر في امتداد عظيم فانها تكون مصحوبة بتغيرات واصفة في صوت القرع
وهي اولا ان يكون صوت القرع في الحال التي فيها وجد الانسكاب
البلبوراوي ملامسا الجدر الصدر ومانعا بالكلية لتموجاته عند القرع فان
صوت القرع يكون فيه اصمية ثانيا انه في الحال التي فيها يكون جوهر الرئة
المنقبض المحتوى على هواء ملامسا الجدر الصدر في امتداد قليل يكون صوت
القرع فارغا طبليا والشروط التي بها يتعلق حصول الصوت الاصم والفارغ
والطبلي قد ذكرت موضحة فيما تقدم وليس هناك مرض من الامراض به يتضح
الفرق بين صوت القرع الاصم والفارغ مثل الالتهاب البلبوراوي المصحوب
بانسكاب غزير وأصمية صوت القرع الناتجة عن الانسكابات البلبوراوية تتضح
أولا في الظهر أسفل الكتفين وان صعدت الى أعلى فانها تمتد الى الامام غير ان
الاصمية في الجهة المقدمة من الصدر لا تكاد تصل مطلقا الى حد ارتفاعها في
الجهة الخلفية منه وفي أحوال كثيرة لا تمتد الاصمية المرتفعة جدا من الخلف
الى الجدر المقدمة من الصدر بل الى الخط الابطي فقط وفي أحوال أخرى سيما
الاحوال التي فيها يكون الانسكاب البلبوراوي مالئا لجميع تجويف البلبورا
يكون حد الاصمية العلوى من الامام منخفضا قليلا عن حدها من الخلف
وأصمية صوت القرع في الجهة المقدمة من الصدر تنتقل دفعة واحدة الى
الصوت الغير الاصم الفارغ والطبلي فيتميزان عن بعضهما بحد واضح واما
اصمية صوت القرع في الجهة الخلفية من الصدر فانها تضعف شيأ فشيأ
ويقل اتضاحها كلما قرب القرع من الحد العلوي للسائل ومدار هذه
الظاهرة في الاشكال الاعتيادية للانسكاب البلبوراوي على ان كثافة
طبقات هذا الانسكاب المتعلقة بها الاصمية في الجهة الخلفية من الصدر
تتناقص تدريجا كلما صعد الى أعلى ثم ان شكل أصمية صوت القرع وحدودها
لا يختلف باختلاف أوضاع المريض عادة فانه يتكون حول الانسكاب
التصاقات خفيفة أو متينة تحيط به والالتصاقات الخفيفة وان امكن معها
انزلاق وريقات البلبورا على بعضها الا انها لا تسمح لها بابعادها بواسطة اندفاع

السائل نحوها

وأما البحث بالتسمع فيسمع به لغط احتكاكى فى الاحوال التى فيها تكون وريقتا البليورا فاقدتين الاستمها الطبيعية بواسطة تراكمات لمفية أو تولدات خشنة بشرط أن تتلامس هاتان الوريقتان وتنزلقا على بعضهما بسرعة فى أثناء حركات التنفس وهذا اللغط الاحتكاكى يسمع فى أثناء الشهيق والزفير ويشابه بالكلية لصوت البشر أو الحك بالاظافر أو أزيز الجلد الجديد وغالبا يكون هذا اللغط قصير المدة وأقرب شبه به الالغاط الشخيرية المحسوسة باليد غالبا لكن يندر أن يكون هذا اللغط الاحتكاكى واضحا مثل اللغط الشخيرى وزيادة على ذلك فانه لا يتغير بواسطة حركة السعال بخلاف اللغط الشخيرى فانه يكاد يفقد بالكلية بعد السعال القوى أو بالاقل يتناقص بالكلية وبالجملة فمما يعد واصفا لهذا اللغط الاحتكاكى كثرة اتضاحه عند التسمع الصدرى بواسطة المسماع والضغط القوى به على جدر الصدر ومن النادر أن يسمع فى ابتداء المرض فان التراكمات اللمفية فى ابتداء الالتهاب البليوراوى لا تكون كثيرة الخشونة والمرضى كذلك تجتنب حركات التنفس القوية من الالم فلا تنزلق صفيحات البليورا على بعضها بسرعة وأكثر ما يسمع فيه هذا اللغط الزمن الذى فيه تكون وريقتا البليورا منفصلتين عن بعضهما بمواد مصلية ثم يبتدئ امتصاص هذا الانسكاب فتتلامس وريقتا البليورا كما انه يكثر اتضاح هذا اللغط عقب استفراغ السائل بواسطة البزل

وعندما يكون الانسكاب البليوراوى غير عظيم الحجم جدا يسمع فى الاجزاء التى صارت صماء بوجود لغط تنفسى حويصلى ضعيف جدا وأما اذا كان الانسكاب غزيرا جدا بحيث تنضغط الحويصلات الرئوية والفروع الشعبية معا فلا يسمع فى الاجزاء الصماء أدنى لغط تنفسى أو بالاكثر يسمع ضعيفا جدا غير واضح وانما يسمع بين الكتف والعمود الفقرى أعنى فى الجهة التى تكون فيها الرئة المنضغطة ملامسة لجدر الصدر تنفس شعبى ضعيف أو تكلم صدرى كذلك وربما كان الاخير أحيانا ذا صفة متقطعة فيسمى بالصوت المعزى وفى بعض الاحوال سيما عند وجود عسر عظيم فى التنفس

ولو مع انضغاط الرئة ومعظم الشعب وفراغ الرئة من الهواء يسمع تنفس شعبي واضح ممتد فى جميع محيط الصدر حتى فى الحال التى فيها كمية عظيمة من السائل الفاصلة لجدر الصدر عن الرئة المنضغطة بل ويسمع ذلك أيضا فى الجهتين الجانبيتين من الصدر وأما فى حذاء أجزاء الرئة غير المنضغطة للجهة المريضة والرئة السليمة فانه يسمع لغط تنفسى حويصلى واضح جدا يسمى بالتنفس الطفيلى وان كانت هذه الاجزاء محلا للاحتقان تقممى جانبي وحالة نزلية تسمع الغاط اما خرخرية أو فرقعية

ومن الواضح ان العلامات الطبيعية للالتهاب البليوراوى تتنوع كثيرا عند وجود التصاقات بليوراوية قديمة تمنع من تراكم الانسكاب فى الاجزاء المنحدرة من الصدر والتعرض لتوضيح هذه التنويعات مع التفصيل يخرجنا عن الموضوع فنذكر فقط ان الانسكابات البليوراوية ولو الكثيرة جدا المنكسية بين قاعدة الرئة والحجاب الحاجز تعسر معرفتها بل ربما انبهمت بالكلية

(التشخيص)

يتمكن فى التشخيص التمييزى بين الالتهاب البليوراوى ذى الانسكاب الغزير والالتهاب الرئوى على الامور الآتية وهى أولا ان الالتهاب البليوراوى لا يكاد يبتدئ مطلقا بقشعريرة لا تعود ثانيا بخلاف الالتهاب الرئوى فان ابتداءه بما ذكر هو المطرد ثانيا ان سير الالتهاب البليوراوى لا يكون دوريا والاتجاه نحو الشفاء فيه لا يحصل حصولا تاما دفعة واحدة على شكل بحران بخلاف الالتهاب الرئوى ثالثا فى الالتهاب البليوراوى قد ينقذف من المريض نفث نزلى أو مصلى يحتوى أحيانا على أشرطة دموية ولا ينقذف منه نفث لزج مصفر أو محمر فيه المواد الدموية مختلطة اختلاطا كليا مع النفث اللزج المعروف بالنفث الصدائى أو الزعفرانى الذى هو علامة للالتهاب الرئوى رابعا توجد علامات طبيعية تدل بالاخص على وجود الانسكابات البليوراوية وهى تمدد الصدر وانمحاء الميازيب بين الاضلاع وتحول القلب والكبد عن محلهما وضعف الاهتزازات الصوتية الصدرية أو زوالها بالكلية والاصمية التامة لصوت القرع وضعف لغط التنفس

أو زواله بالكلية بخلاف الالتهاب الرئوي ففيه لايكون الصدر متمددا والميازيب بين الاضلاع غير منمحية والقلب والكبد غير متحولين عن محلهما والاهتزازات الصوتية الصدرية يندران تكون ضعيفة بل كثيرا ما تكون متزايدة وأصمية صوت القرع لاتكون تامة ولغط التنفس يكاد يكون على الدوام شعبيا

ولا يندران المرضى المصابين بانسكابات بليوراوية يمينية يظن بانهم مصابون بمرض في الكبد ولذا كان من المهم في جميع الاحوال التي يكون الكبد فيها مجاوزا حافة الاضلاع ويعرف ذلك بواسطة الجس والقرع وما تالله مراق الايمن أن يتأكد الطبيب من كون الكبد متزايدا في الحجم أو مندفعا الى أسفل ولاجل عدم الوقوع في الخطا واختلاط هاتين الحالتين ببعضهما تعتبر الامور الآتية وهي أولا انه من النادر أن يدفع الكبد المتمدد الحجاب الحاجز الى أعلى ولذا متى كان الكبد مجاوز الحافة الاضلاع ووجد أصمية في الصدر واصلة أعلى الحد الطبيعي من الاصمية العليا من الكبد ساغ للطبيب أن يستنتج من ذلك مع التقريب وجود انسكاب بليوراوي في الجهة اليمنى من الصدر واندفاع الكبد الى أسفل ثانيا انه في الاحوال النادرة التي فيها يدفع الكبد المتمدد الحجاب الحاجز الى أعلى ويبرز في تجويف الصدر (كما يحصل ذلك عادة من الاورام الديدانية المتكيسة ومن الخراجات المتكونة في محدب الكبد) تكون الاصمية ممتدة الى أعلى في الجهة المقدمة من الصدر أكثر منها في الجهة الخلفية وهذا بخلاف ما في الانسكابات البليوراوية فان الامر فيها يكاد يكون بالعكس على الدوام ثالثا ان كلا من أصمية الصدر والحد السفلي للكبد يندفع الى أسفل في اثناء حركة الشهيق عندما يكون الكبد متمددا والى أعلى عند حركة الزفير وهذا لايشاهد مطلقا في الانسكابات البليوراوية العظيمة فانه بهذه الانسكابات يندفع الحجاب الحاجز الى أسفل ويبقى حافظا الوضع ثم يبقى على الدوام رابعا في أحوال تمدد الكبد لا يوجد حد فاصل بين مقاومة جدر الصدر والكبد بخلاف ما اذا كان الكبد مندفعا الى أسفل فانه يوجد بين حافة الاضلاع والكبد المندفع مسافة ضيقة مرنة خامسا لايندر أن تكون الاضلاع في أحوال انتفاخ الكبد وتمدده

منـدفعة الى الخارج والميازيب بين الاضـلاع لا تكون مفرطحة ماعـدا الاحوال الاستثنائية التى فيها يكون الكبد مجلسا الاورام حويصلات ديدانيـة متكيسـة أو خراجات عظيمة جـدا منـدفعة بالكلية نحو الصـدر وملامسة لسطحه الباطن

وأما التمييز بين الانسكابات البلورا وية البسرى وتمدد الطحال فالعـمدة فيه على تغير حـدود الاصمية فى أثناء حركة الشهيق والزفير فان هـذا التغير يفقد بالكلية فى الانسكابات البلورا وية وتسهل معرفتـه فى أحوال تمـدد الطحال

وبالجملة يمكن الظن بحصول السـل الرئوى فى أحوال الانسـكابات البلوراوية عنـد استمرار الحمى وارتقاء نحافة المريض الى درجـة عظيمة وبهاتة لونه فينبغى أن يعـلم ان كلا من الحمى والنحافة يمكن أن يتعلق بالتهاب بلوراوى خفى السير كما انه يجب التفطن لحصول هـذا الامر وطروء السل الى مثل هؤلاء المرضى فيلزم تكرار البحث الطبيعى عن الصدر جملة مرات

(الحكم على العاقبة)

الالتهاب البلوراوى الجاف مرض خفيف جدا وكذا الالتهاب البلوراوى ذو الانسكاب الليفى القليل الكمية لا يحصل عنه أدنى خطر غالبا ولو أن الالم المصاحب له يكون سببا عظيما فى ضـيق النفس وهـذا المرض يزيد فى خطر المريض من اصابتـه بالالتهاب الرئوى أو الدرن الرئوى ونحو ذلك وأما أشكال الالتهاب البلوراوى ذى الانسكاب المصـلى الليفى الغزير جـدا فأحمدها عاقبة ما يطرأ فيها بكيفية حادة وتسـير سيرا حادا وأما ما يحصـل بكيفية خفية ويسير سيرا بطيئا فعاقبته غير حميدة وذلك لانه وان حصل الامتصاص فيها فان الدرن الرئوى غالبا يخلفها ومثـل ذلك يقال فى الانسكاب الصدرى الصديدى الذى يعقب الشـكل السابق وأما الانسكاب الصدرى الصديدى الذى يحصل من الابتداء ويكـون صديديا من أول حصوله بسبب المرض الاصلى كالتسمم الصديدى وحمى النفاس فانذاره خبيث للغاية

ويعتبر من العلامات الجيدة تناقص الانسكاب لكن لا ينبغى أن يغتر الطبيب بحالة قوى المريض الجيـدة فان الخطر فى معظم الاحوال ينشأ عن النهوكة

وبالجملة

وبالجملة متى كان امتصاص الانسكاب سريع الحصول كثر الغشم فى تمدد الرئة ثانيا وعدم حصول تشوه فى الصدر

وأما العلامات الغير الجيدة التى يحكم منها على عاقبة غير جيدة فهى علامات الاوذيما الرئوية وعدم تكسمن الدم ونحوه والافراز البولى القليل فان هذا يدل على قلة امتلاء المجموع الشريانى ولا كثر خطرا منه اذا عدم اعراض امتلاء المجموع الوريدى واحتباس الدم فيها كالسيانوز والاستسقاء وظهور المواد الزلالية فى البول وكلما استطال مكث الانسكاب كان الحكم على العاقبة غير جيد وبالجملة فجميع انتهاآت الالتهاب البلوراوى ماعدا الانتهاء بالامتصاص غير جيدة العاقبة ولو اختلفت درجة خطرها

(المعالجة)

دلالات المعالجة السببية للالتهاب البلوراوى لايمكن اتمامها غالبا كالالتهاب الرئوى حتى لو تحقق ان سبب الالتهاب هو تأثير البرد لايمكن استعمال المعالجة المعرقة فانها مضرة بسبب الحمى الشديدة المصاحبة له

وأما معالجة المرض نفسه ففيها كان استعمال مضادات الالتهاب القوية كالاستفراغات الدموية العامة والموضعية واعطاء الزئبق الحلو والدلك بالمرهم السنجابى الزئبقى حتى يحصل التلعب ثم استعمال المحولات بواسطة الحراريق ونحوها متبعا عموما فى الزمن السابق ثم ترك مذموما فى الزمن الاخير وعما قليل بولغ فى مدحه حتى ان المعلم يوسف (مير) أوصى به كثيرا وكتب فى ذلك رسالة مطولة غير ان الاعتبارات التى بنى عليها هذا المؤلف المذكور مدح هذه الطريقة وذم المعالجة الغير القوية فى هذا المرض ليست مرتكنة على أساس قوى فانه من جملة اعتباراته المرتكن اليها هو ان كثيرا من المرضى الذين لم يعالجوا بالفصد ولا باستعمال المركبات الزئبقية دخلوا مارستان الصدقة ببرلين ومعهم انسكابات بلوراوية عظيمة جدا واستنتج من ذلك أن اهمال هذه الطريقة العلاجية القوية هو السبب فى تقدم الانسكاب البلوراوى ولا يخفى ان هذا الاعتبار وتعداد مثل هذه الاحوال لا يثبت شيأ الا اذا حصل التأكيد أيضا من تعداد الاحوال التى

فيها لم يحصل انسكابات بليوراوية عظيمة ولم تدخل المرضى البيمارستان ولولم بفعل الفصد العام فيها وبقية المعالجة القوية المضادة للالتهاب بل والمشاهدات التى ذكرها المعلم (مير) الغير العديدة التى بعضها خاص به وبعضها لغيره من الاطباء وفيها لم يحصل الانسكاب البليوراوى الغزير عقب استعمال الفصد العام العظيم المتكرر فى أحوال الالتهاب البليوراوى الحديث العهد لم تثبت لناشيأ ولم تصدناعن رأينا كما أن القول بأن الالتهابات البليوراوية ذات الظواهر القوية والسير الحاد الشديد يكاد ينتج عنها على الدوام انسكابات بليوراوية عظيمة مستعصية اذا تركت ونفسها مجرد خطا فان اشكال الالتهاب البليوراوى الخطرة الثقيلة هى التى فيها يكاد يكون هذا المرض على الدوام كامنا خفيا ذا سير بطىء مستطيل

والذى أظنه سابقا ولاحقا ان الفصد العام ليس ضروريا فى معالجة الالتهاب البليوراوى على العموم ماعدا الاحوال التى فيها استدعيه المعالجة العرضية فانى متأكد من أن الفصد العام فى الالتهاب البليوراوى كالالتهاب الرئوى لا يقطع سير هذا المرض ولا يمنع من تكوين الانسكاب البليوراوى العظيم بل وانى أجزم ان استعماله فى الالتهاب البليوراوى أشد ضررا منه فى الالتهاب الرئوى فان الاول ذو سير مستطيل غالبا ويؤدى بكثرة لقلة الدم وفقره ولانه وكد أيضا

وعكس ذلك نوصى باستعمال التبريد مع القوة والاستفراغات الدموية الموضعية مع غاية التأكيد والمهم فى ذلك المبادرة فى استعمال هاتين الواسطتين اللتين بهما يمكن غالبا تجنب مالا يمكن ازالته فيما بعد فان خشى المرضى استعمال الوضعيات الباردة أولم يحصل عنها تسكين فى الآلام وعسر التنفس فى الساعات الاول وجب ارسال كمية قليلة من العلق أو وضع بعض المحاجم التشريطية على الجهة المؤلمة ولا يتأخر الطبيب من تكرار ذلك فى اليوم التالى من تحسين الآلام وتلطيفها وترددها ثانيا الى أن يستمر التحسين بالكلية ويضاف لذلك استعمال الدلك بالمرهم السنجابى الزئبقى فى الايام الاول من المرض مرة أو مرتين كل يوم بمقدار جرامين (أى نصف درهم) حيث لم يكن عندنا جوهر دوائى أنفع منه غير انه ينبغى ترك الدلك

بالمرهم الزئبقي متى ابتدأت اعراض الالتهاب الفمي الزئبقي في الظهور وحيث ان الدلك بالمرهم السنجابي الزئبقي في بعض الاحوال الحديثة من التهابات الاغشية المصلية الاخرى سيما المحافظ الزلالية للمفاصل ذو تأثير جيد للغاية كان استعمال ذلك أيضا في الاحوال الحديثة من الالتهاب البلوراوي واجبا ولو لم يمكن اثبات جودة تأثيره مع التأكيد

وحيث تأكد لي أخيرا من تجاربي من جهة ومن جهة أخرى من تجارب المعلم (مير) السابق ذكره ان استعمال الحراريق لا يزيد في درجة الحمى وارتقائها ازديادا عظيما وجب علي ان أمتنع وأعود لما كنت أحذر منه سابقا وهو أنه لا ينبغي وضع الحراريق واستعمالها مادام عند المريض حمى فانه ظهر لي ان استعمال الحراريق العظيمة كثيرا النجاح في بعض الاحوال واذا أريد استعمالها ينبغي أن يكون ذلك في الاحوال الحديثة

وبالجملة قد يشاهد من استعمال الوضعيات الفاترة استعمالا مستمرا نجاح عظيم في الاحوال المتأخر شفاؤها غير انه ينبغي ان لا تكون ثقيلة

وأما استعمال الجواهر الدوائية الباطنية فانه غير ضروري في معالجة الالتهاب البلوراوي مالم يستدع استعماله بعض اعراض مخصوصة فان كلا من التأثير المضاد للالتهاب لملح البارود والطرطير المقيئ والزئبق الحلو التي تستعمل عادة عندي فيه شك عظيم وأن تعاطي الزئبق الحلو المستعمل بكثرة في ذلك يظهر لي انه ليس خاليا عن الخطر المهدد بالحصول فانه يزيد في فقر الدم ووقوع المريض في النهوكة

وأما المعالجة العرضية فان كانت الحمى في ابتداء المرض شديدة جدا أو استمرت زمنا طويلا بحيث يخشى من نهوكة المريض وجب استعمال معالجة مضادة للحمى ومن هذه الحيثية يوصى بكثرة تعاطي الديجتالا في بعض أحوال مخصوصة وليس للديجتالا تأثير مخصوص في المرض الاصلي وفي الاحوال الحديثة تعطى الديجتالا منقوعة من ٥ ديسي جرام على ١٥٠ جراما من الماء (اعني من ١٠ قمحات على ٦ أواق) وفي الاحوال المستطيلة ذات السير البطيء تعطى الديجتالا نفسها مسحوقة بأن يعطى منها ٥ سنتيجرام (أعني قمحة) كل مرة ممزوجة بمقدار مماثل لها من سلفات

الكينا على شكل حبوب
وضيق النفس العظيم ان كان ناتجا عن احتقان جانبي تقممى فى اجزاء الرئة الغير المصابة وكانت موجودة مع ذلك علامات الاوذيما الجانبية الابتدائية وجب استعمال الفصد العام بدون تاخير وقد استعملنا كثيرا الفصد فى مثل هذه الاحوال من ثلاث مرات الى أربع مدة سير الالتهاب البليوراوى وكان فعل الفصد فى مثل هذه الاحوال ليس بسبب الالتهاب البليوراوى بل بسبب الاحتقان التقممى الجانبي الذى مجلسه اجزاء الرئة الغير المصابة بالالتهاب وحينئذ فلا منافاة لما ذكرناه
ومن النادر جدا أن تكون الاضطرابات الدورية للدورة الصغرى والاحتقانات الاحتباسية المتعلقة بها فى الدورة العظمى أعنى السيانوز والاستسقاء عظيمة جدا بحيث تلجئنا لاستعمال الفصد العام
ومن الامور التى ينبغى الاهتمام بها فقر الدم وقلته الذى يتضح بسرعة فى هذا المرض بسبب الانسكاب الغزير والنهوكة الناشئة عن الحمى فعلى الطبيب ان لا يختشى فى مثل هذه الاحوال من المبادرة باستعمال المستحضرات الحديدية مع الاغذية المقوية وأما كون هاتين الواسطتين يحدثان احتقانات ويزيدان فى الحركة الحمية فمن الاعتقادات المبنية على غير أساس والجواهر الدوائية التى يظن انها تعين على امتصاص الانسكاب لا ينبغى الارتكان الى منفعتها فانه يشك فى قدرة الجواهر الدوائية على احداث الشروط المتعلق بها امتصاص الانسكاب البليوراوى فان وجد انسكاب فى تجويف البليورا عقب انقطاع الظواهر الالتهابية الالتهاب البليوراوى وجب رفض استعمال المركبات الزئبقية من الباطن والظاهر وكذا استعمال الحراريق مشكوك جدا فى منفعتها وحيث دلت التجارب على انه احيانا فى أثناء النوبة الهيضية التى فيها يتكاثف الدم عقب فقد معظم اجزائه السائلة تمتص الانسكابات البليوراوية وغيرها فى الانسكابات المرضية بسرعة وجب الاجتهاد فى تنقيص الاجزاء السائلة من الدم بواسطة المدرات أو المسهلات الشديدة حتى يستعان بذلك على امتصاص الانسكاب البليوراوى والاجتهاد فى ذلك عقلى لكننا نتأسف من كون تأثير المدرات البولية

التي اكثر ما يستعمل فيها هو ملح الطرطير الذائب والورق وحب الرعرع غير أكيد بحيث لا يمكن ان نعتمد عليها اعتمادا قويا وأما استعمال المسهلات الشديدة فالذي يعوق مناعته هو تأثيرها غير الجيد في القناة الهضمية وقد شاهدت في حالة لم اعالجها بنفسي غير اني لاحظت مشاهدتها بالدقة فيها تناقص الانسكاب البلوراوي سريعا بعد استعصائه على كل معالجة زمنا طويلا وذلك عند ما استعمل الطبيب الطريقة العلاجية المسماة بطريقة المعلم (شروت) التي يمكن بها احداث تكاثف في الدم لا باخذ عناصره السائلة بل بمنع تعاطي السوائل والمياه بمعنى وضع المريض في حمية جافة قاسية ومنعه عن تعاطي المشروبات تقريبا غير اني في مشاهدات اخرى باشرتها بنفسي منعت المريض فيها عن تعاطي الانبذة بكثرة زمنا فزمنا في ايام معلومة طبقا لما رسمي به في طريقة تدبير الغذاء الجاف السابق ذكره فلم اجد لذلك جدوى بالكلية وبالجملة يمكن تجربة استعمال المركبات اليودية استعمالا ظاهرا او باطنا لاجل مساعدة امتصاص الانسكابات البلوراوية فان الاستحضارات اليودية المذكورة مشهورة بانها وسائط علاجية محرضة للامتصاص فاني قد شاهدت في بعض الاحوال امتصاص الانسكابات البلوراوية بسرعة وذلك عند استعمال شراب يودور الحديد من الباطن المركب من ست جرامات (اي درهمين) من يودور الحديد على خمسين جراما من الشراب البسيط اعني (اوقيتين) ويعطى من ذلك ملعقة شاي في كل ساعتين مع مس جهة الصدر المريضة بالمحلول اليودي لخفيف للطبيب (ايجول) المركب من اليود النقي جرامين (اي نصف درهم) ومن يودور البوتاسيوم ست جرامات (اعني درهمين) ومن الماء المقطر ستين جراما (أي اوقيتين) وكان نجاح هذه الطريقة عظيما جدا حتى يمكن ان اقول انه وان كان غير ثابت بالكلية الا انه جيد المنفعة جدا وحيث ان العشم بامتصاص الانسكاب البلوراوي عقب استعمال الجواهر الدوائية أو تحريضه قليل جدا كان الوقوف على حقيقة الامر الآتي من ان استفراغ الانسكاب المذكور بواسطة الاعمال الجراحية قليل الخطر جدا عما كان يظن سابقا وان المبادرة باستعمال بزل الصدر وتكراره في احوال الانسكابات البلوراوية يعد من التقدمات العظيمة في معالجة هذا المرض

اذ من الواضح ان كل يوم يزيد فيه انضغاط الرئة وتكثر فيه الخلايا الجديدة التكوين فى الانسكاب البليوراوى يبعد العشم جدا فى حصول الشفاء التام ويزيد فى خطر المريض فنتعشم ان تجارب كل من المعلم (كوسمول) و (ويتلس) و (سمسن) تكون سببا لانتشار استعمال عملية بزل الصدر فى احوال الانسكابات البليوراوية الصديدية او المصلية الليفية ومعرفة دلالات اجراء هذه العملية وتنوعاتها وكيفية اجرائها تؤخذ من كتب الجراحة لاسيما من مؤلفات هؤلاء المذكورين

تنبيه من منذ اطلاعى على ماذكره هؤلاء المؤلفون وتأكدى من عدم خطر هذه العملية لم آل جهدا فى اجرائها سواء فى احوال الانسكابات المصلية الليفية مادامت عظيمة الحجم وخشى من استطالة انضغاط الرئة وعدم امكان امتصاصها بتمامها ولو بعد زوال الاعراض الحمية وكذا فى احوال الانسكابات البليوراوية الصديدية وقد شاهدت حصول شفاء تام فى احوال الانسكابات المصلية الليفية بعد استفراغ كمية عظيمة منها تنيف عن جملة ارطال أحيانا بعد اجرائها أول مرة واحيانا بعد تكرار اجرائها كما انى شاهدت حصول شفاء تام بعد بزل الصدر واستفراغ كمية عظيمة من السائل المصلى الصديدى بدون حقن تارة بعد تكون ناصور وتارة بدونه كما انى شاهدت الشفاء مرارا فى اجراء حقن الصدر بصبغة اليود بمقدار عظيم بخوست اواق مع محلول يودور البوتاسيوم بعد غسل تجويف باطن البليورا بالماء الفاتر مرارا وذلك عند تردد الانسكاب بدون خطر فاوصى باجراء عملية بزل الصدر البسيطة فى الانسكابات البليوراوية العظيمة المصلية الليفية واجراؤها مع الحقن بصبغة اليود مع محلول يودور البوتاسيوم حسب القواعد الجراحية عندما يكون الانسكاب مصليا صديديا بخلاف ما اذا كان الانسكاب صديديا فقط فالاوفق اجراء عملية الشق بفتح مسافة بين الاضلاع ولا خوف فى ذلك مادام ضروريا ولم يتعشم فى الشفاء بواسطة الجواهر الدوائية المساعدة على الامتصاص وخشى من استطالة انضغاط الرئة ولا يعتبر فى ذلك ضيق النفس بل المدار على معرفة كمية السائل المتجمع فى تجويف البليورا وطبيعته وعدم العشم فى امتصاصه والذى اعلمه أنى أول من اجرى هذه العملية وكررها مرارا بقصر العينى مع

النجاح فى احوال عديدة سنذكرها تفصيلا ان شاء الله تعالى فى كتاب الاكلينك الباطن وفى الحالة الراهنة عندى حالتان فى شابين من الجهادية فعملت لهما عملية بزل الصدر بجهاز معلمى المعلم (شوه) واستفرغ به كمية عظيمة من سائل صديدى متكاثف واعقب ذلك ناصور فى الحالتين وتمدد فى الرئة وشفاء تام اه

(المبحث الثانى)

(فى الاستسقاء الصدرى البليوراوى)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاستسقاء الصدرى عبارة عن ارتشاح مصلى فقط فى تجويف البليورا وفى اغلب الاحوال يمكن معرفة أحد السببين المتعلق بهما تكوين الارتشاحات المصلية المرضية اعنى اما ازديادا فى الضغط الجانبي الواقع على جدر الاوردة أو نقص احتواء مصل الدم على المواد الزلالية المعروف بسوء القنية الاستسقائى ثم ان الاستسقاء الصدرى المعتبر عند العوام انه اكثر الامراض خطرا وفى كتب الطب القديمة ايضا لايكون مطلقا مرضا اوليا قائما بنفسه بل ثانويا على الدوام اعنى حالة مرضية تابعية لاحد التغيرات المرضية التى يتعلق بها احد الاسباب المحدثة للارتشاحات المصلية وحينئذ فالاستسقاء الصدرى كالاستسقاآت العممية التى تحصل تحت الجلد فى المنسوج الخلوى او فى غير تجويف البليورا من التجاويف العظيمة لايعتبر عرضا قائما بنفسه فلا نشرحه هنا على حدته من جملة اعراض البليورا الاتباعا للعوائد القديمة

اما الاستسقاء الصدرى الناشئ عن ازدياد الضغط الجانبي الواقع على جدر الاوردة البليوراويه فانه فى كثير من الاحوال يصاحب كعارض مخيف جميع الامراض الرئويه التى ذكرنا انها تعوق استفراغ دم القلب الايمن وتحدث فيه عسرا وتؤدى تبعا لذلك لاحتقان الدم واحتباسه فى المجموع الوريدى للدورة العظمى كما انه يحصل فى اثناء سير بعض امراض القلب سيما الآفات العضويه لصماماته أو بعض الاستحالة المرضية لطبقته العضلية التى سنبين انها تعوق استفراغ دم القلب الايمن واحتباسه فى اوردة الدورة العظمى

واما الاستسقاء الصدرى الناشئ عن تناقص احتواء مصل الدم على المواد الزلاليه فانه يضاعف كثيرا من الامراض البنيية المنهكة سيما التهابات

الكليتين المزمنة واستحالتها المرضية المصحوبة ببول زلالى كما انه يصاحب التسممات الاجامية الحبيثة المزمنة وبعض الديسكرازيات المستطيلة

ومهما كان الاستسقاء الصدرى ناتجا عن احتقان احتباسى وريدى او تغير مرضى فى الدم فانه يعد من ظواهر الاستسقاء العام وذلك أن الشكل الاول منه يسبق احيانا غيره من الارتشاحات المصلية الاستسقائية وأما الشكل الثانى منه فانه يكاد ينضم اغيره من الارتشاحات الاستسقائية المصلية فيما بعد

(الصفات التشريحية)

الاستسقاء الصدرى يكاد يكون على الدوام مزدوجا غيران أحد تجاويف البلورا يشتمل على سائل اكثر من التجويف الآخر وكمية السائل تختلف فتكون من بعض اواق الى جملة ارطال والعادة أن يكون السائل متحركا واحيانا قد يتكيس عقب وجود التصاقات قديمة بين وريقتى البلورا والارتشاح المتجمع فى تجويفها يكون على هيئة سائل صاف مصفر و يشتمل على ماء ومادة زلالية واملاح مصل الدم و يتميز عن الانسكابات البلوراوية بسهولة بسبب فقد التجمعات الليفية المنعقدة فيه والتغيرات الالتهابية بوريقتى البلورا وهذه الاخيرة تظهر فاقدة اللمعان متعكرة تعكرا لبنيا ومنتفخة قليلا كالمنسوج تحت الاغشية المصلية عقب ارتشاحها بالمصل وعند ما يكون الارتشاح عظيما جدا توجد الرئة مندفعة جهة العمود الفقرى ومعتريها انضغاط عظيم متى ما لم تكن مثبتة فى اصفار أخرى بواسطة التصاقات بلوراوية

(الاعراض والسير)

يعتبر كل من اعراض الاستسقاء الصدرى وسيره مرضا مستقلا مشروحا جيدا فى الكتب القديمة الى مبدا هذا القرن وثم عدة امور يجرى فيها تحقيق التشخيص حال الحياة صار أيضا بعد الموت بواسطة الصفات التشريحية وتوجيه الاخير واضح حيث ان الصورة المرضية لهذا الاستسقاء الموصوفة فى الكتب القديمة تطبق على امراض الرئة والقلب وفى اثناء سيرها يظهر تجمعات استسقائية مختلفة بجوار الاستسقاء الصدرى ومن الواضح ان المرض

الذى

الذى كان يوصف فى الزمن السابق و يعرف بالاستسقاء الصدرى هو الانفيزيما الرئوية فان هذا المرض وان كان كثير الحصول سابقا مثل الآن الا انه كان مجهولا بالكلية ومنبهما على الاطباء الى زمن المعلم (لينك)

وبالحالة التى عليها الآن العلوم الطبية لا يصح اعتبار كل من ضيق النفس العظيم الذى يزداد بادنى حركات جسمية و يلجئ المريض الى الجلوس فى الفراش والفزع الفجائى من النوم وانتفاخ الكعبين انتفاخا اوذيماويا وكذا الاجفان علامات دالة على الاستسقاء الصدرى فان جميع ما ذكر قد يكون منوطا بامراض فى الرئة والقلب بدون تجمع استسقاء فى تجويف البلورا لكن حيث نعلم ان الامراض التى ينتج عنها مجموع الاعراض السابقة كثيرا ما تؤدى الى الاستسقاء الصدرى و بذلك تزداد مشاق المريض ازديادا عظيما يلزمنا عند مشاهدة كل حالة مما ذكر تكرار البحث الطبيعى عن الصدر حتى تحقق من طرو هذا العارض وعدمه

وكذا الاستسقاء الصدرى الذى يحصل اثناء سوداء (بريكث) أو غيره من سوء القنية المصحوب باستسقاء عمومى لا يمكن معرفته باتا كيد الا بالبحث الطبيعى عن الصدر فان ظواهر ضيق النفس التى تصاحب ظهوره وازدياده يمكن ان تدل على شئ آخر كالاوديما الرئوية وغير ذلك

ثم ان العلامات الطبيعية لهذا الاستسقاء لها مشابهة تامة بعلامات الانسكابات البليوراوية وان لم تطابقها بالكلية

فبالبحث بالنظر يوجد الصدر المرتشح متمددا غير ان المسافات بين الاضلاع غير منبعجة لان العضلات بين الاضلاع غير منشلة لعدم ارتشاحها ارتشاحا اوذيماويا تقمصيا جانبيا تقاوم ضغط السائل والكبد الذى يكون حجمه متزايدا بسبب احتقانه الوريدى احتقانا احتباسيا يكون مندفعا الى اسفل عند وجود ارتشاح عظيم وأما القلب فلم يكن متزحزحا عن محله الا قليلا فان كلا من جهتى الحجاب المنصف يكون عرضة لضغط متساو تقريبا

وبالبحث باللمس يوجد الاهتزاز الصدرى الصوتى متناقصا أو مفقودا بالكلية فى المحال الملامس فيها الارتشاح جدر الصدر ويكون متزايدا اعلى الارتشاح

وبالبحث بالقرع يوجد صوت اصم جدا حذاء الارتشاح وصوت فارغ طبلى اعلاه والاصمية التى توجد هنا لا تكون ممتدة كامتدادها فى احوال الانسكابات البليوراوية فان امتدادها هنا علامة دالة كما ان حدود الاصمية وشكلها يختلفان هنا تدريجا باختلاف وضع المريض وبالتسمع يحس فى جميع امتداد الاصمية بتنفس غير محدود أولا يسمع اللغط التنفسى بالكلية وتسمع بين الكتف والعمود الفقرى تنفس شعبى ضعيف

(المعالجة)

معالجة الاستسقاء الصدرى تطبق على معالجة المرض الاصلى وحيث ان معالجة هذا المرض لا تثمر فى غالب الاحوال فمن النادر الحصول على نتيجة واضحة وعند وجود ضيق عظيم فى النفس وكان متعلقا بتجمع ارتشاح غزير جدا يجب استفراغ هذا الارتشاح ببزل الصدر والمنفعة التسكينية لهذه العملية كثيرا ما تكون واضحة جدا فى مثل هذه الاحوال كما نص عليه (سمسن)

(المبحث الثالث)

(فى التجمع الغازى للصدر)

(كيفية الظهور والاسباب)

تصاعد الغازات من وريقتى البليورا وتجمعها فى تجويفها عند وجود شروط مخصوصة يمكن القول به والمشاهدات التى حكم بها على كيفية حصول التجمع الغازى للصدر بهذه المثابة من الواضح ان نعتبرها خطأ ونحن وان لم ننكر ان التولد الغازى فى الانسكابات البليوراوية المنفسدة بدون دخول الهواء لها واحداثه للتجمع الغازى الصدرى الا اننا نقول ان مثل هذه الاحوال نادر جدا والغالب ان يكون منشأ التجمع الغازى للصدر بالكيفية الآتية وهى ان يدخل الهواء فى تجويف البليورا امامن فتحة فى البليورا الرئوية اومن فتحة فى جدر الصدر

وانثقاب البليورا الرئوية يمكن حصوله من نحو الباطن بامتداد التهتك من الرئة الى البليورا أوانه يحصل من نحو الظاهر عقب حصول اصابة جرحية او تهتك جوهرى تدريجى يمتد من سطح البليورا الى الرئة فبالكيفية الاولى ينشأ

التجمع الغازى للصدر عقب الجراحات الرئوية والغنغرينا الرئوية ايضا وعلى الخصوص السل الرئوى فان اغلب مشاهدات التجمع الغازى فى الصدر ينشأ فى الاحوال التى فيها يحصل اثناء سير السل الرئوى انفتاح كهف فى تجويف البليورا (وليس كما يعبر عموما عن السل الرئوى بالدرن الرئوى) ومما ينبغى الاهتمام بمعرفته هنا ان حصول هذا الامر فى اثناء سير السل الرئوى المزمن أندر منه فى السل الرئوى ذى السير السريع تحت الحاد فانه ان حصل تلاشى الجوهر الرئوى ببطء تقاربت صفيحات البليورا من بعضها وكلما قرب التغير المرضى من السطح الظاهر ازداد التصاق وريقتى البليورا مع بعضهما بحيث انه بعد التثقب لا يخرج الهواء فى تجويف البليورا بل الغالب كذلك ان التغيرات الالتهابية الرئوية المتعلق بها السل الرئوى لم تحصل الامنذ زمن قليل بحيث ان كلا من اصمية قمة الرئتين والتنفس الشعبى لا يكون واضحا وحالة تغذية المريض وقواه لا تتغير تغيرا عظيما حتى يحصل التجمع الغازى للصدر ويمكن ان يحصل هذا العارض الخطر جدا من فصيص رئوى فى دائرة الرئتين معتريه الارتشاح الجبنى وينضم لهذا النوع من التجمع الغازى للصدر الذى يحصل من تهتك جوهر الرئتين تهتكا منا بعض احوال التجمع الغازى الصدرى التى هى وان كانت نادرة الحصول الا انه لم تزل ثابتة الوجود وهى الاحوال التى يحصل فيها هذا التجمع من تمزق بعض الحويصلات الرئوية تحت البليورا المتمددة تمددا انفيزيماويا واغلب احوال هذا التجمع الغازى الصدرى الجرحى لا يحصل من دخول الهواء فى التجويف البليوراوى عقب حصول الجرح النافذ فى الصدر بل من كون نحو الآلة الواخزة او النارية تصيب البليورا الحشوية فيدخل الهواء تبعا لذلك من الرئة الى تجويف البليورا وقد يحصل عقب كسر الاضلاع تمزق فى البليورا الرئوية من الشظايا العظمية فينشأ عن ذلك تجمع غازى فى الصدر بدون انثقاب فى جدره او جرحها جرحا عظيما واكثر من ذلك حصولا انثقاب البليورا الحشوية بالتدريج عقب اصابتها بتغير تقرحى ممتد من الظاهر الى الباطن وبهذه الكيفية يحصل انثقاب التجمع الصديدى للصدر الى الامبييما فى الرئة واستفراغه من الشعب كما ذكرنا ذلك فان باستفراغ جزء عظيم من الصديد عقب حركات السعال

الشديد وحصول تمدد في الصدر بحركات الشهيق القوية الالية لذلك تنفذ كمية من الهواء في تجويف البلورا بقدر ما خرج من الصديد فيصير حينئذ هذا التجمع غازيا وفي هذا الشكل من التجمع المذكور لا يكاد يكون الهواء سائبا في تجويف البلورا بل منحصرا في مسافة محدودة بالتصاقات بلورا وية ومنعزلة عن باقي تجويف البلورا وهي المسافة التي كان متجمعا فيها الصديد وسنتكلم على ذلك ايضا عند التكلم على الاعراض

وقد ذكرنا فيما تقدم ان كل انثقاب في جدار الصدر لا يؤدي الى تجمع غازي في تجويفه فان قناة الجرح النافذ في الجدار الصدري ان كانت ضيقة ومنحرفة في الاتجاه تكون طبقة الجلد الصدرية نوع صمام في الفتحة الظاهرة من الجرح تمنع دخول الهواء في تجويف الصدر ومثل هذا بعينه يحصل في القنوات الناصورية التي تبقى عقب انفجار الاميبيا نحو الظاهر انفجارا تاما فانه يخرج منها سائل صديدي زمنا فزمنا على الدوام بدون ان يدخل الهواء في تجويف الصدر منها واما اذا كانت جدر الصدر منثقبة باستقامة والفتحة الظاهرة متسعة فان الهواء ينفذ منها في اثناء الشهيق ويتجمع في تجويف البلورا ويخرج منها في اثناء الزفير ثانيا

وبالجملة فلنذكر هنا انه في احوال نادرة قد ينشأ هذا التجمع الغازي للصدر عقب امتداد تقرح المعدة او فساد او بين التولدات المرضية الجديدة التي تتولد فيها او في المرىء وتثقب تجويف البلورا

(الصفات التشريحية)

يكفي التمدد العظيم لاحدى جهتي الصدر مع انمحاء المازيب بين الاضلاع او تحدبها في معرفة التجمع الغازي الصدري وعند فتح تجويف البطن يوجد الحجاب الحاجز مندفعا الى اسفل وكل من الكبد والطحال يندفع ايضا الى اسفل في تجويف البطن وعند بزل تجويف الصدر المتمدد بمشرط او بازالة يخرج الهواء مع ازيز صغير صفيري بحيث يكفي لاطفاء مصباح مثلا عند خروجه من الفتحة والهواء الخارج يشتمل على جزء عظيم من حمض الكربون والازوت وعلى قليل من الاوكسيجين وكميته تختلف وفي الغالب تكون عظيمة جدا بنسبة التمدد العظيم لاحدى جهتي الصدر

ومن النادر أن يكون تجويف البلورا محتويا على هواء فقط فانه ان عاش المريض بعد حصول التجمع الغازى للصدر ولو بأيام قليلة تظهر أعراض الالتهاب البليوراوى فيوجد حينئذ فى الجثة زيادة عن الهواء المتجمع انسكاب مصلى ابقى أو صديدى فى تجويف البليورا وكمية هذا الانسكاب تختلف وفى العادة تكون أعظم كلما استطالت مدة التجمع الغازى الصديدى وأخيرا قد يملأ الانسكاب الالتهابى جميع تجويف البليورا وفى أثناء ذلك تتناقص كمية الهواء شيأ فشيأ بحيث يزول بالكلية من تجويف البليورا ولا يبقى فيه الا الانسكاب الالتهابى

وتكون الرئة موضوعة بجوار العمود الفقرى ضامرة صغيرة الحجم خالية عن الهواء منقبضة سواء كان المتجمع فى تجويف البلورا هواء بانفراده أو مع الانسكاب الالتهابى ولا تكون الرئة شاغلة لمحل آخر من تجويف الصدر الا اذا كانت مثبتة مع جدر الصدر بالتصاقات قديمة وفى أحوال كثيرة يمكن بعد وضع الرئة فى الماء ونفخها ظهور محل التثقب ولو بعسر فانها منسدة بمواد لبفية وفى أحوال أخرى تكون الفتحة التى كانت ابتداء ضيقة جدا منسدة بالكلية وزيادة على تحول الحجاب الحاجز واندفاعه الى أسفل يوجد كذلك فى أحوال التجمع الغازى الصدر كل من الحجاب المنصف والقلب مندفعا الى احد الجانبين ويوجد اختلاف عظيم فى التغيرات التشريحية اذا كانت صفيحتا البليورا ملتصقتين ببعضهما التصاقا متينا ممتدا مانعا لانقباض الرئة من جميع الجهات فيكون الهواء أحيانا منحصرا فى المسافة القليلة المحدودة من جميع الجهات بالالتصاقات البليوراوية فلا تنضغط الا بعض اصقاع الرئة المجاورة ولا يكون الصدر ممتدا الا تمددا جزئيا ولا يتحول كل من القلب والكبد عن محله وفى أحوال التجمع الغازى للصدر الذى يعقب انفجار الامفيميا فى الرئة تكون الصفة التشريحية الاخيرة هى الاكثر مشاهدة كما انها تشاهد فى بعض الاحوال التى فيها يعقب التجمع الغازى للصدر انفجار بعض الكهوف الرئوية السطحية وغيرها

(الاعراض والسير)

اعراض التجمع الغازى للصدر لواصفة له يسهل معرفتها متى تأملنا

في النتائج التي تعقب انثقاب البليورا الحشوية أو جدر الصدر

فان تجويف البليورا مادام غير مغلق غلقا تاما تتبع الرئة جذب عناصرها المرنة وتنكمش وانكماش الرئة الذي يشاهد في الجثة بعد فتح الصدر يحصل في أثناء الحياة متى نفذ الهواء في تجويف البليورا سواء كان آتيا من الخارج أو من جهة الرئة عقب انثقابها وكذا رئة الجهة غير المصابة يحصل فيها انقباض متفاوت في الدرجة مطابق لدرجة الجذب الواقع على الحجاب المنصف من احدى الجهات ولذا يوجد بعد حصول التجمع الغازي للصدر حالا تجويف البليورا محتويا على كمية من الهواء بقدر ما يندفع منها بواسطة تأثير مرونة اليافها وبتمدد تجويف الصدر بحركة الشهيق التالية يدخل مقدار آخر من الهواء في تجويف البليورا ثم ان أمكن الهواء النافذ بحركة الشهيق الخروج بحركة الزفير التالية عاد الصدر الى وضعه الذي يكون عليه حالة الزفير وحينئذ فلا يعتري الرئة المنكمشة ادنى انضغاط بخلاف ما اذا لم يمكنه الخروج بحركة الزفير فان الصدر يبقى مكتسبا الهيئته حالة الشهيق فحينئذ يعتري الرئة انضغاط ويتكرر ذلك جملة مرات حتى يصل تجويف الصدر الى أعلى درجة تمدده التي يمكن أن يصل اليها بحركة الشهيق القوية جدا وتنضغط الرئة انضغاطا قويا وتصير خالية عن الهواء بالكلية لكن العادة ان الهواء النافذ في تجويف البليورا لا يمكن خروجه ثانيا بسبب الشكل الناصوري المتمزق في الفتحة التي ينفذ منها الهواء في تجويف البليورا حيث ان هذه الفتحة تكون مثل الصمام اي انها تتمدد وقت الشهيق وتنغلق عند الزفير بالهواء الضاغط عليها ثم ان وصلت درجة توتر الهواء في تجويف البليورا الى درجة معلومة مستمرة في اثناء الشهيق بقي الصمام (اى الفتحة المتمزقة) متغلقا على الدوام وامتنع دخول الهواء في تجويف البليورا ولو لم تكن حوافيها متلامسة ولا ملتصقة ببعضها ولا يزيد تمدد تجويف الصدر في أحوال التجمع الغازي الصرف للصدر عن درجة تمدده التي يصل اليها بأقوى حركات الشهيق فالتمدد الزائد عن ذلك الذي يشاهد في كثير من الاحوال وزيادة توتر جدر الصدر يكون سببهما غالبا حصول انسكاب سائل من تجويف الصدر مع الهواء المالئ له وبعبارة أخرى يشاهد ذلك في الاحوال

التى فيها يستحيل التجمع المذكور الى تجمع غازى صديدى وأما فى الاحوال النادرة التى فيها يمكن دخول الهواء فى الصدر وخروجه منه بسهولة كما فى الاحوال التى فيها تكون جدر الصدر مجلسا لنواصير أو جروح مستقيمة الاتجاه متسعة أو قنوات ناصورية ذات جدر متينة بين تجويف البلورا واحد الفروع الشعبية العظيمة فلا يحصل تمدد فى تجويف الصدر ولا انضغاط فى الرئة التى تكون خالية عن الهواء بسبب ما اعتراها من الامراض المتقدمة

وفى أحوال التجمع الغازى للصدر الناشئ عن انثقاب كهف فى تجويف البلورا يحس المريض بوقته بالتنفس بحيث يعرف بدون مهلة بأنه تمزق فى صدره شئ أو انفجر ثم يحصل له حالا عسر عظيم فى التنفس يرتقى الى أعلى درجة فلا يكون له قدرة حينئذ الا على الجلوس أو النوم على الجهة المريضة ليترك الجهة السليمة خالصة لفعل حركات التنفس وعسر هذا التنفس ناشئ عن انضغاط الرئة السريع الذى يتم فى بعض ثوان وعن الاحتقان التقممى الجانبى المنضم له انضغاط الخلايا الرئوية وأوذيما تقممية جانبية فى الرئة السليمة بالضغط الذى يعترى أوعية الرئة المريضة

وفى جميع الاحوال التى يشاهد فيها حصول التجمع الغازى للصدر فجأة تشتكى المرضى بآلام شديدة فى جهة الاضلاع السفلى وتنسب هذه الآلام لانجذاب الحجاب الحاجز وتوتره توترا شديدا او للالتهاب البلوراوى الذى يحصل من دخول الهواء أو متحصل الكهف فى تجويف البلورا وان لم يكن المريض قبل حصول التجمع الغازى انيماويا اى قليل الدم انضم للاعراض السابقة المذكورة علامات احتباس الدم فى القلب الايمن مع الوضوح جدا بسبب انضغاط أوعية الرئة المريضة انضغاطا قويا وانسدادها بالكلية فيصير لون المريض أزرق سيانوزيا وطالما يشاهد فى الايام الاول انتفاخ أوذيماوى فى الوجه والاطراف السفلى ويصير النبض صغيرا وافراز البول قليلا ويبرد الجلد بسبب قلة امتلاء القلب الايسر من جهة لان الدم لا يصل اليه الا من رئة واحدة ومن جهة أخرى بسبب الضغط والهبوط العام الذى يصاحب غير هذه الاصابة من الاصابات القوية كانثقاب القروح المعدية

والكهوف الرئوية أو فى البليورا ثم ان المرضى تهلك أحيانا بعد بعض ساعات أو أقل بسبب عدم كفاية التنفس والهبوط العام وفى أحوال أخرى يطرأ الموت بعد بعض أيام أو أسابيع وفى مثل هذه الاحوال يزول الهبوط العام وتعود الحرارة للمرضى ثانيا غير أن عسر التنفس فضلا عن كونه يستمر يزداد بازدياد الانسكاب البليوراوى الذى يندفع به كل من القلب والحجاب المصف الى الرئة السليمة بالتدريج ويزداد من اللون السيانوزى والظواهر الاستسقائية شيأ فشيأ فتهلك المرضى بظواهر الاوديما الرئوية وعدم تحمين الدم وتجرده من الكربون او تنتهك من الحمى ومن الانسكاب البليوراوى المزير اعنى أعراض الالتهاب البليوراوى التابعى

ثم ان التجمع الغازى للصدر لا ينتهى بالشفاء الا نادرا فيستحيل الى صديدى بازدياد انسكاب السائل شيأ فشيأ وصعوده الى أعلى بحيث ان كلا من توتر الهواء المحتوى عليه التجويف البليوراوى وانضغاطه يزداد جدا فينتشر فى أوعية المنسوجات المجاورة وفيما بعد يمتص الجزء السائل من الانسكاب الصديدى فى الاحوال الجيدة وان كان قد انسد محل التثقب فى أثناء ذلك فان الرئة تمتد ثانيا وقد شاهدت فى (مجدمبرغ) مريضة بهذا الداء بعد ان وصلت الى درجة اليأس برئت فى ربع سنة بعد ان كان يترقب موتها كل وقت وتقدم شفاؤها وبالكلية حتى تزوجت وباشرت أشغالها بنفسها

وفى احوال أخرى قد يتكون استطراق متسع بين تجويف البليورا وفرع شعبى متسع لم يزل منفتحا فى الرئة المنضغطة المتكاثفة بحيث ينقذف منه زمنا فزمنا بواسطة السعال جزء من السائل المحتوى عليه هذا التجويف فى بعض اوضاع مخصوصة للمريض وقد شاهد ذلك المعلم (هنوك) فى اكلينك المعلم (رومبورغ) وعدها حالة مهمة

ثم ان كلا من اعراض التجمع الغازى للصدر وسيره مخالف لما سبق متى اتثقب الكهف الرئوى ودخل الهواء فى مسافة متكيسة محدودة بواسطة التصاقات متينة قديمة أو متى انفجر التجمع الصديدى للصدر فى الرمة واستفرغ الصديد وانقذف من الشعب ودخل الهواء بدلا عنه فانه فى مثل هاتين الحالتين سيما الاخيرة تفقد جميع الاعراض المحسوسة للمريض فلا يعرف التجمع الغازى

للصدر

للصدر الا بالصدفة سال البحث عن الصدر بالعلامات الطبيعية
ثم ان هذا البحث يدلنا عند وجود تجمع غازى عظيم فى تجويف البليورا على الامور الآتية وهو انه بالبحث بالنظر متى شاهد الطبيب مريضا قد اعتراه السل الرئوى وليس عنده من قبل بعض أيام عسر عظيم فى التنفس وغير مجبور على المكث فى الفراش أو بدون التجاء الى وضع مخصوص فيه ثم حصل له عسر عظيم فى التنفس دفعة واحدة واضطر الى الرقاد على احدى الجهتين وتجنب كل وضع يخالف ذلك مع الضجر دل ذلك البحث تقريبا على حصول التجمع الغازى فى الصدر لاسيما اذا حصلت هذه التغيرات فجأة كما ذكرنا وبالتأمل من الصدر يدرك الطبيب ولو غير المتمرن تمددا عظيما فيه وانمحاء الميازيب بين الاضلاع وفقد الحركات التنفسية فى الجهة المريضة كما يدرك ان ضربات القلب واضحة فى الجهة اليمنى من القفص عندما يكون التجمع الغازى للصدر يساريا

وبالجس يتحقق من اندفاع القلب للجهة السليمة كما يتحقق من اندفاع الكبد الى أسفل عندما يكون التجمع الغازى للصدر يمينيا ويكون الاهتزاز الصوتى الصدرى فى الجهة المريضة ضعيفا فى جميع الاحوال أكثر من السليمة وقد يفقد بالكلية من الجهة المريضة

وبالقرع يسمع عند وجود تجمع غازى فى الصدر صوت ممتلئ رنان طبلى يمتد الى أسفل عندما يكون هذا التجمع يمينيا والى الجهة الانسية اذا كان يساريا وأما اذا كان توتر جدر الصدر عظيما جدا فان صوت القرع يصير غير طبلى بسبب شدة الضغط المؤثر فى السطح الباطن من الصدر المانع من حصول تموجات واهتزازات منتظمة وفى بعض الاحوال يرتقى توتر جدر الصدر الى درجة عظيمة جدا بحيث لا يمكن بالقرع احداث تموجات واضحة فيها فيسمع ولو عند القرع الشديد على جدر الصدر لغط ضعيف أصم وقد نبه فى هذا العصر الاخير على انه فى أحوال التجمع الغازى للصدر تزداد رنانية صوت القرع تارة وتتناقص اخرى بحسب نوم المريض او جلوسه باستقامة ذكره المعلم (بيرمير) ووجهت هذه الظاهرة بانحدار السائل عند الجلوس الى أسفل ورفعه للحجاب الحاجز وبذلك يستطيل القطر العظيم لتجويف البليورا كما

ذكره (بيرمير وجيرهارد) وانى أشك فى ازدياد القطر المستطيل لتجويف البليورا ازديادا مستمرا عند ابطلوس وأظن انه فى بعض الاحوال يحصل عكس ذلك أى عندما تكون كمية السائل غير عظيمة جدا وواصلة الى كمية معلومة وقد يسمع عند القرع صوت معدنى رنان (أى رنانة معدنية) سيما عند وضع الاذن على جدر الصدر وقت القرع وبعد بعض أيام قليلة يصير صوت القرع فى الاجزاء المجدرة من الصدر اعنى المتجمع فيها الانسكاب أصم فمن العلامات الدالة مع التأكيد على التجمع الغازى للصدر تتغير حدود أصمية القرع بتغير أوضاع المريض فان كان المريض نائما على ظهره وجد صوت القرع ممتلئا رنانا فى مقدم الصدر واصلا الى الحافة السفلى من الاضلاع وان كان جالسا يتغير حد الاصمية وترتقى الى اعلى

وبالتسمع يسمع عند رج المريض أو تغير وضعه تغيرا فجائيا بالقعود والنوم خشخشة معدنية واضحة وذلك بدون وضع الاذن على صدر المريض وهذه الخشخشة المعدنية تشابه اللغط الذى يحصل عند امتلاء زجاجة بالماء الى نصفها ثم رجها ولا يسمع التنفس الحويصلى وهذا العرض بانضمامه مع الصوت الممتلئ الطبلى للقرع مهم للغاية ولا يسمع بدلا عن التنفس الحويصلى ولو فى بعض الاحيان لغط معدنى او تنفس انفورى اى صدائى ولاسيما خراخر معدنية أو رنانة معدنية وجميع هذه الالغاط تسمع أعلى الكهوف العظيمة ذات الجدر الملساء المنتظمة ولا يستنتج من ظهور الالغاط المعدنية وسماعها دخول الهواء فى التجويف البليوراوى وخروجه منه فانها تسمع ولو بعد زوال الاستطراق وذلك لان الالغاط التى تحصل فى الرئة تكون ذات رنانة معدنية صدائية

وجميع هذه العلامات المذكورة التى توجد فى اغلب الاحوال التى فيها يكون الهواء مالئا لتجويف البليورا ومتحركا فيه عقب انفجار كهف رئوى بحيث يمكن معرفة هذا المرض بسهولة قد يفقد معظمها فى أحوال التجمع الغازى الصدرى المتكيس فانه ان كانت المسافة الموجود فيها الهواء ضيقة صغيرة غير منتظمة بحيث لا يكتسب الصدر هيئة تمدد من الضغط الباطنى الذى يقع عليه من الهواء والسائل المتجمعين فيه لا تسمع هذه الالغاط المعدنية

لا عند القرع ولا عند التسمع وأهم العلامات التي يرتكن اليها في معرفة التجمع الغازي الصدري المتكيس هو الصوت المتلئ عند القرع مع فقد اللغط التنفسي وزيادة على ذلك انه في بعض الاحوال التي فيها تكون المسافة المنحصر فيها الهواء والانسكاب بعد انفجار الاميبيما في لرئة غير المنتظمة يحس عند وضع اليد على الصدر بقرع السائل على الجدر المقدمة من الصدر حين ما ينهض المريض قائما بسرعة

(التشخيص)

لا يمكن اختلاط التجمع الغازي للصدر بالانفيزيما الرئوية الا في أحوال يندر فيها الطبيب لمريض قريب الاختناق ولم يمكنه أن يعرف السوابق المرضية وماسوى ذلك يبقى عند الطبيب أدنى شك في التشخيص من سرعة حصول ضيق النفس في التجمع الغازي للصدر فجأة وتدريجيا في الانفيزيما الرئوية وفي الاحوال المشكوك فيها يرتكن الى العلامات الآتية وهي أولا ان الانفيزيما تعم جهتي الصدر معا وأما التجمع الغازي للصدر فيكاد أن لا يشغل الا جهة واحدة وثانيا في الانفيزيما تكون المسافات بين الاضلاع ميازيب سطحية وفي التجمع الغازي الصدر تكون منمحية او محدبة وثالثا في الانفيزيما الرئوية يكون تنفس صهيل الكذ لم يفقد بالكلية وفي التجمع الغازي للصدر لا يسمع التنفس الحويصلي بل غالبا تسمع الغاط معدنية ورابعا يكون اهتزاز الصوتي صدري في الانفيزيما الرئوية محسوسا وفي التجمع المذكور يفقد غالبا

ويتميز التجمع الغازي للصدر عن الكهوف العظيمة الفارغة السطحية التي يسمع عند القرع عليها لغط معدني وتنفس انفوري أو صدائي وخراخر معدنية عند التسمع عليها بالامور الآتية وهي اولا ان جدر الصدر أعلى هذه الكهوف تكون منخسفة ومتمددة في التجمع الغازي وثانيا ان التموج الصدري الذي يكون موجودا في الكهوف الصدرية بل متزايدا غالبا ومفقودا في التجمع الغازي للصدر وثالثا الالغاط الخرخرية تكون في الكهوف اكثر وضوحا وظهورا واما في التجمع المذكور فانها تكون ضعيفة قليلا ورابعا في احوال الكهوف تكون الاعضاء المجاورة غير

متحولة عن محلها واما فى احوال التجمع فان تحولها يكون واضحا وخامسا يختلف وضوح لغط القرع المعدنى ودرجة شدته فى احوال الكهوف عند غلق الفم او فتحه ولا يوجد ذلك فى التجمع الغازى للصدر

(المعالجة)

معالجة التجمع الغازى للصدر لا تكون الا تسكينية أو عرضية فقط وفى احوال كثيرة سيما التى فيها الانتقاص كمية الدم وكيفيته عقب الحميات المستطيلة يمكن الالتجاء الى الفصد متى طرأ التجمع الغازى للصدر بل ويمكن تكرار الفصد العام وذلك فى الاحوال التى فيها تكون الرئة الغير المنضغطة محتقنة احتقانا شديدا بحيث لا يمكنها تتميم وظيفتها والآلام التى تنتج عن توتر الحجاب الحاجز والالتهاب البليوراوى المبتدئ تعالج بالاستفراغات الدموية الموضعية والوضعيات الباردة وكذا يلتجأ لاستعمال المسكنات لاجل تنقيص تعب المريض وجلب راحته وكذا بذل الصدر بآلة بازلة رفيعة جدا يلتجأ له غير انه واسطة تسكينية فقط ينتج عن استعمالها هدء وخفة فى ضيق النفس وهذه العملية ليس لها ثمرة بالنسبة للرئة المنضغطة فى الجهة المريضة بل منفعتها للرئة السليمة عندما يكون الحجاب المنصف مندفعا الى الجهة السليمة بضغط الهواء والانسكاب ومضيقة التجويف البليوراوى الغير المنثقب وفى اثناء سير التجمع الغازى للصدر يتمسك بالقواعد العلاجية التى ذكرناها فى الالتهاب البليوراوى

(المبحث الرابع)

(فى درن البليورا)

يكاد لا يوجد الدرن السنجابى الشفاف فى جوهر البليورا الا فى أحوال الدرن الدخنى الحاد للرئة والطحال والكبد والسحايا الدماغية وفى هذا المرض يهلك المريض كما ذكرنا من شدة الحمى قبل أن يعترى الدرن استحالات أخرى ثم ان الدرن الدخنى للبليورا يسير بدون اعراض موضعية

واكثر من ذلك حصولا ظهور حبيبات درنية فى الاغشية الكاذبة الجديدة التى تتكون على البليورا عند تكرار الالتهاب البليوراوى فيها (وهو الالتهاب البليوراوى الدرنى) وقد ذكرنا فيما تقدم انه فى احوال الالتهابات

التى

التي تعتري التولدات الغشائية ذات الاوعية الشعرية الدقيقة يمكن حصول تمزقات وعائية بسهولة ولذا كان من الواضح كثرة مشاهدة شكل الانسكاب البلبوراوي الدموي مع درن الاغشية الكاذبة البلبوراوية وهذا الدرن يظهر على شكل ارتفاعات مصبية عديدة في حجم حب الدخن تكون في الابتداء مبيضة وتصفر فيما بعد ودرن الاغشية الكاذبة هذا يسهل فيه مشاهدة ظهور الدرن والاستحالات التي تعتريه كما ذكره (ورجوف) واعراض هذا الشكل من الدرن البلبوراوي لا يمكن تمييزها عن اعراض الالتهاب البلبوراوي المصحوب بانسكاب دموي .

*(المبحث الخامس)
(في سرطان البلبورا)*

سرطان البلبورا لا يكون أوليا مطلقا بل يظهر على الدوام تابعا للدرسكرازيا السرطانية العمومية المتقدمة والتولدات السرطانية في اعضاء اخرى مجاورة فيضاعف بالاكثر سرطان الغدة الثديية والحجاب المنصف والرئتين والغالب ظهوره عقب استئصال الغدة الثديية المتسرطنة والبلبورا اما ان تنثقب من الظاهر الى الباطن بواسطة التولدات السرطانية المجاورة التي تنمو نحو الباطن على هيئة محدبات عقدية أو انه يظهر في البلبورا نفسها أورام سرطانية يصل حجمها الى قبضة اليد أو ازيد ذات منظر دهني نخاعي وذات سطح محدودب او مفرطح كثيرا أو قليلا وسرطان البلبورا تكثر اخليته و يقل منسوجه الضام فهو من نوع السرطان النخاعي وعند تقدم الاستحالة السرطانية في البلبورا وامتدادها يتجمع في تجويف البلبورا سائل يكون بالنسبة لهيئته وقوامه بين سائل الانسكابات الالتهابية وسائل الارتشاحات المصلية فان هذا السائل يشتمل كغيره من سوائل الاكياس المصلية التي اعتراها الاستحالة السرطانية على مادة ليفية غير ان هذه المادة الليفية لا تنعقد الافيما بعد بمعنى انه لا يوجد فيه ندف ليفية لكنه عند تركه هذا السائل المستفرغ للراحة معرضا للهواء يرسب فيه مواد منعقدة بعد بعض أيام وهو المسمى بالاستسقاء الليفاوي تبعا (لورجوف) وبالاستسقاء الشبيه باللمفي تبعا (لفوجل) والظاهر أن هذا ناشئ عن امتزاج هذا السائل بالمواد الدموية عند

ما تعترى البليورا الاستحالة السرطانية فانه من منذ ما أثبت المعلم (سعيد) انه باضافة الدم الى جميع الارتشاحات ترسب موادليفية بطيئة الانعقاد اتضحت هذه الظاهرة الفسيولوجية

ثم انه فى غالب الاحوال لا يمكن تشخيص سرطان البليورا فان تكون فى تجويفها انسكاب يزداد شيأ فشيأ مصحوبا ببعض آلام مع وجود سرطان فى الغدة الثديية ملتصق متينا بجدر الصدر أو عقب استئصال أورام صدرية ساغ الظن بتولد موادسرطانية على السطح الباطن من الصدر والاورام السرطانية العظيمة يمكن ان تحدث ضغطا على الرئة أو الشعب الغليظة وتحوّل القلب أو تضغط على الاوعية الغليظة وبذلك يمكن ان يحصل ضيق فى النفس وتلوّن سيانوزى ودوار ونحو ذلك وجميع هذه الاعراض يعسر توجيهها غالبا فى اثناء الحياة وان امتدت الاورام السرطانية الى جدر الصدر وصار صوت القرع فى هذا الجزء أصم بالكلية وان وصل الورم الى الاورطى بامتداده الى الخلف والى جدر الصدر بامتداده الى الامام امكن مشاهدة نبضات شريانية فيختلط حينئذ سرطان البليورا بأنور يزما الابهر ويسهل الوقوع فى الخطا فانه ينشا فى الاورطى محل انضغاطها لغط غير طبيعى كاذب يسمع به فى المحل الاصم ذى النبضات الضعيفة وهذه النبضات دائما تكون ضعيفة واللغط غير الطبيعى لا يسمع الا فى أثناء حركة الانقباض البطينى واللغط الكاذب المزدوج الذى لا يكاد يفقد فى احوال انور يزما الابهر الملامسة لجدر الصدر لا يسمع مطلقا فبالاستقصاء عن حالة المرض وكيفية نموه يتضح التشخيص خصوصا اذا علم ان المريض كان عنده سرطان فى الصدر واستؤصل وحيث لم يكن لسرطان البليورا معالجة يحتاج لذكرها أضربنا عنها صفحا ونقتصر على ذكر المعالجة التسكينية لبعض الاعراض المتعبة للمريض

(تذييل لامراض اعضاء التنفس)

(المبحث الاوّل)

(فى احتقان الغشاء المخاطى الانفى والتهابه النزليين المعروف بالزكام)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاضطرابات الغذائية والوظيفية الواصفة للالتهابات النزلية تشاهد بكثرة

فى الغشاء المخاطى الانفى وتعرف بالزكام ويندر ان يصاب الغشاء المخاطى الانفى بالتهاب ذى غشاء كاذب اودفتيرى فى مدة سير بعض الامراض التسممية العامة

واسباب النزلة الانفية يقال فيها ماقيل فى اسباب النزلة الحنجرية والشعبية والاستعداد للاصابة بالزكام يختلف باختلاف الاشخاص فيكثر فى الاطفال عن البالغين وعند ضعفاء البنية والارقاء ثم باختزاز رى البنية عن اقويائها العضليين وبالتعود التدريجى ينقص هذا الاستعداد بحيث ان المنهمكين على تعاطى النشوق المحدث تهيجا فى الغشاء المخاطى الانفى يندر اصابتهم بالزكام وتردد هذا المرض يزيد فى الاستعداد للاصابة به مرة اخرى وزيادة على ذلك توجد اسباب مهيئة غير معلومة لنا وبعبارة اخرى ينتشر هذا المرض انتشارا عظيما ولو فى غير المستعدين للاصابة به بدون معرفة سبب يحال عليه

والاسباب المتممة لهذا المرض اعنى المؤدية لحصوله متنوعة واعتقاد العوام المتسلطن على عقولهم ان كل زكام انما ينشأ من تأثير البرد على الجلد خطأ ولو ان اغلب احوال الزكام يتعلق بتأثير البرد خصوصا فى الاقدام وكذا يكثر تأدية المهيجات الموضعية على الغشاء المخاطى الانفى لحصول الزكام وذلك كدخول الهواء الساخن جدا فى الانف او التراب او الابخرة الحريفة او الاجسام الغريبة او النشوق عند الاشخاص الغير المعتادين عليه وكذلك السقطات والمصادمات الواقعة على الانف وتكرار التمخط العنيف ونحو ذلك وفى احوال اخرى يصاحب الزكام امراضا اخرى تعترى الانف كالقروح والتولدات الجديدة والتسوس والنكروز ولا يندر ان يمتد الالتهاب من أعضاء مجاورة الى باطن الانف فنرى ان الزكام المتعب الشديد يصاحب على الدوام الدماميل التى يكون مجلسها الشفة العليا وخراجات اللثة للقواطع العليا وبالجملة قد يكون الزكام عرضا لمرض عام بنيى ومن هذا القبيل الزكام الذى يصاحب الحصبة والتيفوس الطفحى والزكام الخفيف الذى يصاحب القرمزية والزكام الزهرى الذى يشاهد مصاحبا للداء الزهرى الوراثى فى المولودين جديدا وكذا من هذا القبيل الذى يكون ظاهرة من جملة ظواهر الالتهاب النزلى الممتد للغشاء المخاطى الشعبى مدة تسلطن الالتهاب الشعبى

الوباقى والزكام اليودى الذى هو عرض من الاعراض الرئيسة للتسمم بالمركبات اليودية والقول المشهور جدا من ان الزكام معد مخالف لتجارب المعلم (فريكس) التى ما نجح فيها تلقيح افراز الزكام من شخص مصاب به فى اى دور له الى شخص آخر

(الصفات التشريحية)

فى ابتداء الالتهاب النزلى للغشاء المخاطى الانفى تكون الاوعية الشعرية للغشاء المخاطى ممتلئة بالدم وجوهر هذا الغشاء مرتشحا والغشاء المخاطى المنتفخ بسبب احتقانه وارتشاحه ارتشاحا اوذيما ويتفرز منه افراز شفاف لا لون له مائع ملحى وفى اثناء انتهاء هذا المرض يتناقص كل من الافراز والاحتقان والانتفاخ ويصير الافراز كثيفا مختلطا بكثير من الاخلية الجديدة التكوين بحيث يصير غير شفاف

وفى احوال الالتهاب النزلى المزمن ينتفخ الغشاء المخاطى انتفاخا عظيما وينفرز منه افراز قليل الكمية والعادة ان يكون غزيره شبيها بالصديد بسبب اختلاطه بكثير من الاخلية الجديدة التكوين ولا يندر ان يتكاثف هذا الافراز ويجف فى الانف على هيئة قشور صلبة وسخة مخضرة معفنة وله عند كثير من الاشخاص ميل عظيم للفساد والتعفن بدون أن يعلم سبب ذلك وقد يؤدى الالتهاب النزلى المزمن للغشاء المخاطى الانفى الى تكون قروح نزلية وذلك اذا لم يكن تكون الاخلية الجديدة قاصرا على السطح الظاهر للغشاء المخاطى بل ممتدا لباطن جوهر الغشاء المذكور وهذه القروح تبقى سطحية غير انها احيانا تغور الى الباطن سيما عند الاشخاص الخنازيرى البنية والمنهوكين وحينئذ يمكن ان تفسد سمحاق العظام والغضاريف وتؤدى لحصول تسوس او تنكرز فى الغضاريف او العظام ويعترى افراز هذه القروح سيما الاخيرة فساد وتعفن كريه الرائحة جدا وهذه الظاهرة لا تشاهد فى افراز النزلة الانفية البسيطة الا نادرا جدا

وفى احوال اخرى قد تؤدى النزلة الانفية الى ضخامة بلبوسية فى الغشاء المخاطى الانفى تظهر تبعا لرأى (روكتنسكى) تارة على هيئة حلمات مرتفعة ذات سطح غير مستو منتشرة على سطح القرينات وتارة على هيئة انتفاخ محدود ينمو

على شكل ورم مستدير ذى عنق او مغزلى وهذه الاورام تتكون من تولد هلامى فى المنسوج الخلوى اسفل الغشاء المخاطى ومن ضخامة اجربته التى لا يندر أن تنمو على هيئة اكياس ثم تستحيل فيما بعد الى منسوج ضام ذى الياف تضيق تجويف الانف او تسده بالكلية ثم تبرز فيهما من الفتحات المقدمة او الخلفية للخياشيم

(الاعراض والسير)

حيث ان اعراض الزكام معلومة لكل انسان فلنذكرها مختصرة فنقول ان المرضى تشتكى باحساس جفاف فى الانف و بانسداد تام اولا يلجئ المريض لتمخط متعب مع التكرار امامن احدى طاقتى الانف او منهما معا فيحس المريض زمنا فزمنا بأكلان ودغدغة بالانف مع عطاس ثم يعقب جفاف الانف افراز غزير فيسيل منه على الدوام سائل شفاف لا لون له مائى ملحى الطعم يهيج الشفة العليا فتصير حمراء واحيانا متسلخة وهذه الصفة المهيجة للافراز القلوى ينسبها المعلم (دوندرس) لاحتوائه على كثير من ملح النوشادر وقلة احتوائه على ملح الطعام ولو كان طعم هذا الافراز ملحيا وتكون حاسة الشم مضطربة والتكلم انفيا ويكاد يمتد هذا الالتهاب النزلى فى جميع الاحوال الى الغشاء المخاطى للجيوب الجبهية فتشتكى المرضى تبعا لذلك باحساس ضغط أو الم شديد فى الجبهة على حسب شدة الالتهاب و بالنظر يرى الغشاء المخاطى الانفى احمر منتفخا وفى احوال الالتهابات النزلية الكثيرة الشدة يمتد كل من الاحمرار والانتفاخ الى جناحى الانف والوجنتين وكثيرا ما يتضاعف الزكام برمد نزلى فيحصل للمرضى فزع ضوئى وتسيل من عيونهم الحمراء الدموع بكمية غزيرة فى باطن الانف وعند اشتراك الحلق فى الاصابة يوجد عندهم تعسر فى الازدراد وعند امتداده الى المسالك الهوائية يحصل لهم سعال و بحة الصوت وحين امتداده الى بوق استاكيوس يحس بألم خفيف وطنين فى الاذنين وضعف فى السمع وقتيا

ثم ان مجموع الاعراض السابقة يكاد يصطحب على الدوام باضطراب حمى عمومى سيما متى كانت درجة الالتهاب النزلى شديدة وامتد امتدادا عظيما ويقل هذا الاضطراب جدا عند اشخاص يقل تأثيرها من الحركة الحمية دون الاشخاص

الكثيرى التنبه فان الحركة الحية تشتد عندهم جدا وتلك الحركة فى هذا المرض تظهر اعراض الحمى النزلية وهى القشعريرة المتكررة التى تتردد عند كل تقلب جوى وآلام الاطراف واسترخاؤها وفقد شهية الاكل ونحو ذلك مماسبق فى مبحث النزلة الشعبية من الاعراض الحية

ومدة الزكام الحادة قصيرة لما انه يقل الافراز اما فى اليوم الثانى أو الثالث ويصير كثيفا غير شفاف ويفقد طعمه الملحى وتقل صفاته القلوية ويكتسب لونا مصفرا أو اصفر مخضرا ويجف خصوصا فى اثناء الليل ويستحيل الى قشور منعجة ملتصقة بالغشاء المخاطى ويتناقص كل من العطاس ودغدغة الانف ويزول الالم الجبهى وانتفاخ الغشاء المخاطى فيسلك تجويف الانف عقب انقذاف ما احتوى عليه من الافراز السائل او المتكاثف بواسطة التمخط ويندر ان يمتد الاضطراب الحمى زيادة عن يوم أو يومين وجميع الظواهر المتعلقة بامتداد الزكام الى الاغشية المخاطية المجاورة تتناقص شدتها نحو انتهاء الاسبوع الاول أو تزول بالكلية وفى غالب الاحوال ينتهى هذا المرض بالشفاء التام فى اليوم الخامس أو السادس أو الثامن ويندر ان تمتد مدة الزكام حتى يزمن كما يكون بالخصوص فى خنازيرى البنية والزكام وان كان غير خطر بالكلية عند البالغين ولو كثر حصوله لهم الا انه مهم خطر بالنسبة للرضع بسبب انسداد الحفرة الانفية الضيقة فتعسر الرضاعة عليهم فان لم يعطوا فى مثل هذه الاحوال الغذاء بواسطة ملعقة أمكن تهديد الحياة بالخطر خصوصا عند ضعفاء البنية منهم

واما الزكام المزمن فيفقد فيه كل من حرقان الانف والعطاس والم الجبهة والاضطراب الحمى العمومى لكن انتفاخ الغشاء المخاطى ينتج عنه ضيق مستمر فى تجاويف الانف بحيث يحصل فى بعض الاحيان انسداد تام اوغير تام فى احدى طاقتى الانف اوهما معا بحيث يتعذر جذب الهواء ويصير التكلم أنفيا ويسمى عند العامة بالزكام المستعصى والافراز فى هذا المرض تارة يكون مخاطيا فقط وتارة مخاطيا صديديا وفى بعض الاحوال يفرز بكمية قليلة واحيانا بكمية عظيمة جدا وليس للافراز الغزير الصديدى من الاستعداد للتعفن والفساد بل بعكس ذلك يشاهد نتن الانف احيانا فى بعض احوال

النزلات الانفية ذات الافراز القليل جدا بحيث لم يمكن مشاهدة الظواهر النزلية وذهب بعض الاطباء بسبب ذلك الى ان نتن الانف يتعلق فى بعض الاحوال بتصعدات منتنة من الغشاء المخاطى الانفى وليس من نتن افرازه المتعفن ويظهر ان الافراز الانفى يكثر تعفنه وفساده كلما كان تجويف الانف أكثر ضيقا ويماثل هذه الظاهرة تعفن الافراز ونتنه عند الاطفال الصغار المصابين بالاجزيما خلف الاذن فان الافراز الجلدى يسهل تعفنه فى الميزاب الضيق بين الاذن والرأس ويكتسب نتانة رمية وان كان الافراز غزيرا صديديا فتكونت القشور الصلبة السوداء المخضرة وتخرج اما بالتمخط أو بدفعها فى البلعوم وانجذابها بحركة التنخم ثم تنقذف الى الخارج بحركة البصاق وفى بعض الاحوال يكون جدر البلعوم مغطى بكثير من هذه القشور والزكام المزمن مرض كثير الاستعصاء بالكلية بحيث يستعصى على جميع الطرق العلاجية ويستمر سنين عديدة مع اختلاف الشدة ولا نجزم بان كان الزكام المزمن يؤدى لتكوين قروح ويعرف ذلك بنتن الانف أم لا وحيث لم تكن الرائحة المنتنة للافراز الانفى علامة دالة على تقرح الغشاء المخاطى بل توجد أيضا فى الزكام المزمن البسيط التزمت الاطباء أن تجعل لنتن الانف شكلين نتن الانف التقرحى وغير التقرحى وتشخيص القروح مع التأكيد لا يمكن الا فى الاحوال التى يكون مجلسها فى صغر يمكن مشاهدته باستضاءة الانف وتوسيع الحفر الانفية أو الوصول اليها بواسطة مجس وقروح الانف هذه عسرة الشفاء ولو السطحية منها غير الواصلة لسمحاق الغضاريف أو العظام فانه زيادة عن التهييج المتكرر الذى يعترى الانف بحركة التمخط يمنع بالكلية التصاق الغشاء المخاطى التصاقا متينا بالغضاريف والعظام وتقارب حوافى هذه القروح وبذلك يمتنع الالتحام او يتعذر بالكلية واما نتن الانف الزهرى فسنتكلم عليه فى الجزء الثانى كما سنتكلم على تأكل الانف بواسطة الوبس اى القوبة القارضة المعبر عنها بنتن الانف الخنازيرى

ثم انه يخفى على الطبيب تضايق الحفر الانفية ان كان بانتفاخ الغشاء المخاطى وضخامته أو بتكون أورام بوليبوسية فيه حتى تظهر تلك الاورام وتدرك اما بالجس أو بالنظر ولذا يجب عليه البحث بالدقة عن الحفر الانفية من الامام

والخلف أعنى فى الخياشيم فى جميع الاحوال التى بها توجد ظواهر الزكام المستعصى خصوصا متى كان الافراز الخارج بالتمخط مختلطا بكثير أو قليل من الدم وكل من كيفية البحث عن الاورام البوليبوسية الانفية واعراضها من متعلقات علم الجراحة فلا نتعرض لها ولا لغيرها من التولدات المرضية للانف فمن أراد ذلك فعليه بكتب الجراحة

(المعالجة)

قد أوصى عدة اطباء بطرق علاجية قاطعة للزكام الحاد لكن بجميع هذه الطرق سواء كان بسد الحفر الانفية بالاسفنج أو بكرات من نسالة أو بحقن الانف أو مس غشائه المخاطى المريض بمحلولات قابضة أو مخدرة أو باستنشاق مساحيق مسكنة أو استنشاق ابخرة حمض الخليك المتصاعدة أو التدبير الغذائى الجاف لم يتأكد نجاحه واجود الطرق العلاجية التعريق القوى فان بهذه الطريقة يمكن قطع سير الزكام فى كثير من الاحوال أو بالاقل تنقيص مدته فان تيسر استعمال الحمامات البخارية العمومية (المعروفة بالحمامات المسكوبية) وجب استعمالها عند المصابين بزكام شديد جدا انما يكون ذلك مع غاية الاحتراس فان النجاح متوقف على ذلك وفى غالب الاحوال يقتصر الطبيب على ايصاء المريض بالمكث فى أودته بعض أيام وتعاطى مشروب فاتر زمنا فزمنا وتدثير الرأس والاقدام وتدفئتها وعدم استعمال المناديل المصنوعة من الحرير والقطن بل المصنوعة من التيل مع تغيرها بسرعة وذلك الشفقة العلماء بهم حلو ملطف لاجل حفظها بطبقة شحمية من التأثير المهيج للافراز الانفى وكذا استنشاق الابخرة الفاترة المليئة ممدوح فى ابتداء الزكام مادام الانف جافا واما استنشاق الماء البارد وان لم يكن فيه خطر كما تعتقد العوام فلا يحصل به تلطيف مستمر بل الظاهر أنه يطيل مدة المرض وفى آخر مدة الزكام عندما يتناقص تهيج الغشاء المخاطى و يحصل بدلا عن حالة التنبيه حالة ضعف واسترخاء فمن الجيد التفسح فى الهواء المطلق مشيا على الاقدام وتعاطى النشوق زمنا فزمنا فبذلك ينقطع سير المرض بسرعة وعند الاطفال الرضع الذين لا يمكنهم التمخط ينبغى تنظيف الحفر الانفية من القشور المتراكمة فيها بواسطة الحقن بالماء الفاتر زمنا فزمنا واعطاؤهم اللبن بواسطة ملعقة قهوة

أوابريق صغير مادام الرضاع متعسرا

واما معالجة الزكام المزمن ففيها ينبغي اعتبار الاضطرابات البنيية فيعطى زيت كبد الحوت في الاحوال التي بها تكون التغيرات البنيية الخنازيرية متسلطنة وأما الاشخاص السمان الغلاظ اللينفاويون الكثير والشحم فينبغي أن تستعمل لهم طريقة علاجية ملطفة مع الحمية واستعمال المليّنات استعمالا منتظما والتعود على المعالجة بالماء البارد ومن المهم جدا في معالجة الزكام المزمن اجراء معالجة موضعية وأقواها وأكثرها نجاحا مس الغشاء المخاطي الانفي بمحلول نترات الفضة من ٢ ديسي جرام الى جرامين على ٣٠ جراما من الماء (أعني من أربع قمحات الى ٣٠ قمحة في أوقية من الماء) أومس الغشاء المخاطي نفسه بالحجر الجهنمي الصلب زمنا فزمنا ومن المشهور جدا في معالجة الزكام المزمن استعمال المركبات الزئبقية استعمالا موضعيا على شكل نشوق بان يؤخذ من الزئبق الحلو والراسب الاحمر ٥ ديسي جرامات (أي من كل ١٢ قمحة) ومن السكر الابيض ١٠ جرامات (أي نصف أوقية) او يصنع محلول خفيف من السليماني ويستعمل حقنا في الانف وأقل من ذلك في المنفعة استعمال الشب والاستحضارات الرصاصية والخارصينية والتنينية وان كان الانف زمنتنا ولم تزل رائحته باقية مع استعمال المعالجة المذكورة وجب استعمال الحقن بماء الكلور المخفف جدا أو بمحلول يودي خفيف من واحد ديسي جرام الى اثنين ديسي جرام (أعني من قمحتين الى أربعة) من اليود النقي ومن ٢ ديسي جرام الى أربع من يودور البوتاسيوم (أعني من أربع قمحات الى ٨) ومن الماء المقطر ١٥٠ جراما (أعني ست أواق) أو يستعمل ماء الكريوزوت أوحمض الكربونيك من ٢ ديسي جرام الى واحد جرام على ١٠٠ جرام من الماء المقطر فكثيرا ما يحصل بذلك تحسين وأجود الوسايط في ازالة نتن الانف وقتيا استعمال محلول خفيف من فوق منجنات البوتاسا من ١ ديسي جرام الى ٥ على ١٠٠ جرام من الماء المقطر

والقروح الانفية النزلية تستدعي عين المعالجة المذكورة غيرأن المعالجة الموضعية لاسيما مس القروح بالحجر الجهنمي أشد ضرورة فمنه في استعمال هذه

الواسطة فى النزلة المزمنة البسيطة والاجود من حقن الانف بالمحلولات الدوائية استعمال جهاز التشلشل الانفى فانه آلة بسيطة يتعود عليها المريض بأدنى تمرن وأما القروح السطحية التى تحصل فى فوهة طاقات الانف فانها أحيانا تشفى من ذاتها متى امتنع الحك عنها ونزع قشورها بقوة ويمكن احداث شفاءها بوضع كرة من الفتالة مدهونة بمرهم الراسب الابيض أو الاحمر وأما معالجة التولدات البوليبوسية فانه اتخص علم الجراحة فلا نطيل بذكرها

(المبحث الثانى)

(فى نزيف الغشاء المخاطى الانفى المعروف بالرعاف)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاوعية الشعرية للغشاء المخاطى الانفى يعتريها تمزقات أكثر من الاوعية الشعرية الموجودة فى أغشية مخاطية وأعضاء أخرى وذلك متى تعددت بتأثير ضغط باطنى شديد واقع عليها فان أغلب الاشخاص لا يعتريهم أنزفة ذاتية غير النزيف الانفى فيحصل لبعضهم بكثرة ويندر فى آخرين ولا يصان منه الا القليل وكان الرعاف أكثر الانزفة الذاتية حصولا فلا غرابة فى كون الاغشية التى نحن بصددها هى التى تتمزق بانفرادها وتفرق الاتصال عند وجود الشروط البنيية المرضية المتعلق بها زيادة حصول الانزفة الذاتية على العموم ويظهر أن الصفة المرضية لجدر الاوعية الشعرية التى بها يسهل تمزقها أعنى الدياتيز أى سوء القنية النزيفى تكون منتشرة فى أغلب أوعية الجسم لكن هذا الاضطراب الغذائى لجدر الاوعية لا يكفى لحصول تمزقها بمجرد الضغط الباطنى للدم الا فى الانف أعنى فى العضو الذى تكون فيه جدر الاوعية قليلة المقاومة فى حد ذاتها

ثم ان الاستعداد للرعاف يكثر عند الشبان دون الطاعنين فى السن لكنه لا يتضح الا بعد السنين الثانى ولا يشاهد عند الاطفال الحديثى السن والمصابون به هم ضعفاء البنية دقاق العظام والعضلات وذوو الجلد الرقيق الناعم أكثر من أقوياء البنية ذوى العظام النامية والعضلات القوية ويكثر اضطراب تغذية جدر الاوعية الشعرية بالامراض المنهكة المستطيلة حادة أو مزمنة ولذا يشاهد كثيرا ظهور الرعاف مضاعفا للنمو كة العامة الحادة

أو المزمنة وفى أثناء سير التيفوس والالتهاب الرئوى (ولاسيما الالتهابات الخفية للبطن التى تجلبها الاعور أو القولون) وفى مدة سير الدرن الرئوى وتسوس العظام ونحو ذلك والقول بأن الاوعية الشعرية للانف يكثر استعداده للنزف زيادة عن غيرها من الاوعية الشعرية لاعضاء أخرى يؤيد بالظاهرة الآتية تأييدا عظيما وهو ان التغيرات المرضية المذكورة التى بها اضطرب بلاشك تغذية الجسم بتمامه لا تغذية الغشاء المخاطى الانفى فقط يكثر حصول الرعاف جدا عن غيره من الانزفة بحيث يحصل فى تسع حالات قبل ان يحصل غيره من الانزفة مرة واحدة ولنذكر ان من الظواهر الكثيرة الحصول حصول الرعاف من الانف مصاحبا لامراض الطحال بحيث ان تكرار الرعاف كان يعتبر عند لاقدمين من الاطباء وعند العوام الى الآن عرضا دالا على امراض الطحال غير ان أمراض الطحال تصاحب بكثرة الامراض المنهكة وهذه الاخيرة يعقبها الرعاف بكثرة سواء كانت مضاعفة بمرض فى الطحال اولا بحيث ان الارتباط السببى بين الرعاف وأمراض الطحال يكون مشكوكا فيه وهذا يقال خصوصا بالنسبة لاحتقان الطحال وضخامته البسيطة وأما الارتباط السببى بين الرعاف واحد أمراض الطحال الذى هو أساس للكمى (أعنى سوء لقيتة البيضاء بمعنى تزايد الكرات الدموية البيضاء فى الدم وتناقص الكرات الحمراء فيه) فلاشك فيه فان الرعاف هنا يكون متعلقا بدون واسطة بمرض الطحال أو أنه بواسطة الاضطراب الغذائى العمومى الناتج عن هذا المرض وأما الاسباب المتممة للرعاف فقليلة الشأن فى أغلب الاحوال بحيث لايمكن اثباتها غالبا فانه وان حصل النزيف الانفى عقب السقطات والصدمات أو جروح الانف وصحب كل من قروح الانف والتولدات الجديدة فى تجويفه أزفة انفية عارضية الا انه لايكتسب شدة عظيمة عند الاشخاص الغير المستعدة للرعاف بحيث لا تحتاج لطرق علاجية قوية

وأما الاشخاص المستعدون له فيسهل حصول الرعاف عندهم عقب الامتلاء الدموى العمومى الناتج عن الافراط من المآكل او المشارب الروحية والقهوة والشاى وغيرها من المشروبات الثائرة والحركة الشديدة للجسم

والانفعالات النفسية وغيرها من المؤثرات التى تحدث ازديادا فى انقباضات القلب وفعله فان جميع ذلك مما يحدث عندهم رعافا بسهولة جدا وفى أحوال أخرى قد يكفى أقل عوق فى استفراغ الدم من الرأس حتى يحدث تمزق فى الاوعية الشعرية الانفية لكن الغالب كما ذكرنا انه لا يمكننا معرفة الاسباب المتممة للرعاف عند الاشخاص المستعدين له بحيث ان الرعاف وان ميزله تمييزا نظريا جملة اشكال كالشكل الامتلائى الدموى والشكل الاحتقانى التواردى والشكل الاحتقانى الاحتباسى غير انه لا يمكن تمييز ذلك فى كل حالة راهنة ومعرفة شكل الرعاف فى كل حالة وكثرة وجود الاحوال التى فيها يسيل الدم من احدى طاقتى الانف على الدوام عند الاشخاص المستعدين للرعاف خصوصا عقب النخس فيها بالاصبع مع انه فى الطاقة الاخرى لا يحدث نوبة رعاف يقرب للعقل ان مثل هذه الانزفة تأتى على الدوام من أوعية مخصوصة متمددة كائنة فى الجهة السفلى المقدمة لاحدى جهتى الانف وان اعتبرنا ان أكثر وضوح الشبكة الوعائية وغوها فى الغشاء المخاطى للقرينات السفلى بحيث يوجد هنا الشبكة وعائية شريانية ووريدية عظيمة وان النزيف الانفى الذى نحن بصدده يبتدئ عند بعض الاشخاص بشدة ابتداء فجائيا بمعنى انه يخرج من طاقتى الانف سلسول دموى صغير مستمر فلم يكن عندنا شك فى انه يوجد فى مثل هذه الاحوال تمددات دوالية ورقة فى جدر احدى التفرعات الوعائية وانه هو السبب فى حصول النزيف ولولم يمكنا اثبات ذلك اثباتا تشريحيا بالنظر وكذا اعتبار الامر الآتى الواضح وهو انه فى أحوال الرعاف الشديد المستعصى يكفى غالبا سد الفوهة المقدمة من الانف بواسطة سدادة وان من النادر الالتجاء لسد الفوهة الخلفية أعنى الخياشيم يدل كذلك على أن ينبوع الدم آت فى الغالب من الجهة المقدمة السفلى للانف

(الصفات التشريحية)

جثة الهالكين بالنزيف الانفى تتعفن بسرعة ويظهر عند فحصها علامات قلة الدم وماعدا ذلك فلا يرى بالبحث عنها علامات مخصوصة بمعنى انه لا يوجد وعاء منفتح يعتبر ينبوعا للنزيف كما انه لا يوجد بالبحث بالمكرسكوب تغيرات

تشر بحيث في جدر الاوعية يتعلق بها سهولة تمزقها

(الاعراض والسير)

يسبق الرعاف في بعض الاحوال باعراض أولية اما ان تكون عبارة عن ظواهر مرضية تتعلق باحتقان الغشاء المخاطي الانفي وانتفاخه بحيث تحس المرضى قبل النزيف بنوع انسداد في طاقتي الانف واحساس بضغط في القسم الجبهي أو عبارة عن ظواهر احتقان تواردي في الدماغ أو احتقان احتباسي فيه أو امتلاء دموي عام وفي كلتا الحالتين تحصن هذه الظواهر السابقة عما قليل بعد حصول الرعاف وحيث ان الظواهر السابقة تكون اكثر ألما من الرعاف نفسه فحينئذ يعد ظاهرة بحرانية

وأما ظواهر الرعاف نفسه فلا تحتاج لزيادة الايضاح والدم يسيل اما من احدى طاقتي الانف أو منهما معا وهو الغالب وسيلانه يكون اما على هيئة نقط أو سلسول كثير الشدة أو قليلها وان حصل النزيف مدة نوم المريض على ظهره فان الدم يسيل من طاقتي الخياشيم ويصب في تجويف الحلق ويصل جزء منه الى الحنجرة ويحدث تهيج سعال أو نفث دموي فيفطن المرضى عند استيقاظها انه اعتراها نفث دموي فيرتاب من ذلك كثيرا وفي احوال أخرى يزدرد النزيف ويصل الى المعدة ثم ان اقذف بالقيء أمكن التباسه بالقيء الدموي أي النزيف المعدي ويكون الدم السائل من الرعاف ابتداء ذا لون داكن له ميل للانعقاد في الاناء الذي ألقى فيه أو على سطح الشفة وسواء نتج عن هذا الانعقاد سد الحفرة الانفية سدا ذاتيا أو امتد من الوعاء المنسكب منه الى باطن باقي الاوعية الشعرية فانه ينتج عنه عما قريب وقوف النزيف وفي الاحوال التي لا يكون للدم فيها ميل من الابتداء الى الانعقاد تستطيل مدة الرعاف جدا فيهلك المريض سيما اذا كان ضعيفا جدا من قبل وقد دلت التجارب على ان الرعاف يكثر استعصاؤه كلما طالت مدته بحيث لو تمادى ثلاثة أيام أو أربعة لا يمكن ايقافه إلا بسد الانف كما انه قد اتضح في بعض الاحوال وضوحا بينا ان فقد الدم يزيد في ظهور الدياتيزا النزيفي اى سوء القنية النزيفي اكثر من باقي الاسباب المضعفة بحيث انه كثيرا ما ينضم للرعاف المنهك المستمر بعض أيام أنزفة من أغشية مخاطية أخرى ومن الاوعية الشعرية

الجلدية على شكل اللطخ الدموية وفي الاحوال الاخيرة من الرعاف الغزير المستطيل تكتسب الاغشية المخاطية الظاهرة لونا باهتا سيما الشفتين والملتحمتين ويكتسب الجلد لونا ابيض وسخا ممتقعا أى باهتا وتقع المرضى في حالة ضعف عظيم وتشكو بآلام في الرأس والقفا واحساس بضجر وخفقان في القلب وتقع بسهولة في الاغماء ان لم يمكن ايقاف الرعاف في مثل هذه الاحوال الذى لا يتيسر فيها الا بالوسايط العلاجية القوية جدا أمكن أن يهلك المريض من فقد الدم

(المعالجة)

اما الرعاف غير الشديد الذى يظهر عند أقوياء البنية سيما من كان منهم حصل له ظواهر مرضية سابقة تحسن بعد الرعاف فينبغي تركه ونفسه حيث انه عما قريب يقف وان اشتد النزيف وحصل للمريض ضعف منه او كان ضعيفا من قبل بحيث ان حصول ادنى فقد دموى يخشى منه وجب على الطبيب ايصاء المريض بعدم التسبب في زيادة الدم بواسطة التمخط والمسح مع التكرار والايصاء بوضع المكمدات الباردة على الجبهة والانف أو يؤمر باستنشاق الماء البارد الممزوج بخل او الشب استنشاقا خفيفا مع الاحتراس ويمنع المريض مادام الرعاف حاصلا من فعل حركات جسمية ومن تعاطى القهوة والشاى والمشروبات الساخنة وغيرها من الجواهر المنبهة مع استعمال المشروبات الحمضية الباردة فان لم تثمر هذه الوسايط العلاجية وازداد ضعف المرضى من استمرار النزيف واكتسب الدم لونا أحمر باهتا وكان انعقاده بطيئا غير تام وجب عدم الاقتصار على استعمال الجواهر الموقفة للنزيف ككبريتات الخارصين والكريوزوت ومحلول فوق كلورور الحديد خوفا من اضاعة الزمن في التمادى على استعمالها مع قلة الجدوى بل يشرع في استعمال السد البسيط وان لم يثمر ذلك يستعمل السد المزدوج بواسطة مجس (بلوك) كما ان استعمل الوضعيات الباردة على الصفن من الرجال وعلى الثديين من النساء ووضع المحاجم الجافة والتشريطية على القفا وربط احد الاطراف ورفع الذراعين الى الاعلى ونحو ذلك من الوسايط النافعة جدا في بعض الاحوال ولا ينبغي ضياع الزمن في استعمالها زمنا طويلا الا في

الاحوال

لاحوال التى فيها لا يكون للرعاف أدنى خطر ولم يصل الى درجة عظيمة وعين ذلك
يقال فى استعمال الادوية الباطنة كالحوامض والجويد اروجين العفصيك
فانه كلما حصل التأخر فى اجراء السد عسر على الطبيب ايقاف الرعاف بل وانه
زيادة عن ذلك تحصل انزفة أخرى غير النزيف الاتى يتقدم الديا تيزا نزيفى الذى
ليس عندنا لمقاومته وسايط علاجية قوية وقد شاهدت جملة أحوال فيها تأخير
عملية السد كان سبب الهلاك

(فى أمراض الجهاز الدورى)

(الفصل الاول)

(فى امراض القلب)

(المبحث الاول)

(فى ضخامة القلب)

(كيفية الظهور والاسباب)

يعنى بضخامة القلب السماكة التى تحصل فى جدره الناشئة فقط عن ازدياد حجم الالياف العضلية الطبيعية لهذا العضو ومن المهم جدا تمييز هذه الضخامة الحقيقية للقلب التى نحن بصددها عن باقى انواع ضخامة جدره غير الحقيقية المعروفة بالكاذبة أى الناشئة عن تكونات غريبة وسماكة فيها الان كلا من هذين النوعين من الضخامة له تاثير مختلف بالنسبة لتوزيع الدم فى الجسم ودفعه فى الاوعية فيحدث عن كل منهما حينئذ أعراض مختلفة فان القلب المصاب بالضخامة الحقيقية اذا حصل فيه استحالة مرضية أخرى اى اذا استحالت الضخامة الحقيقية الى ضخامة كاذبة شوهد تغير فى حالة المرض وتأثيره وانتقاله من حالة الى حالة أخرى بمعنى ان تأثير المرض الابتدائى يزول شيأ فشيأ بحيث متى غلبت الاستحالة المرضية على الضخامة الحقيقية تتضح صورة مرضية مخالفة للصورة المرضية الابتدائية بالكلية

ثم انه وان استبان لنا ان التغذية الغير الكافية أو تقدم الامراض المنهكة أى المصحوبة بالسل والنهوكة ينتج عنها ضمور فى جميع عضلات الجسم والقلب معا الا انه لا يشاهد ان التغذية القوية الغزيرة بانفرادها لا تحدث عكس ذلك نموا وضخامة فى المجموع العضلى ومن جهة أخرى يشاهد ان الانقباضات العضلية المتكررة لعضلات الجسم المدركة بالنظر تحدث ضخامة فيها كما يشاهد ذلك فى عضلات الساق عند سكان الجبال الشاهقة وعضلات الذراع عند الحدادين والبياطرة مثلا وقد ذكرنا سابقا كذلك ان ازدياد مجهودات عضلات الشهيق وضخامتها هو السبب الرئيس فى اكتساب تجويف الصدر وضعا مستمرا شهيقيا اى كالذى يكون عليه فى حالة الشهيق وتوجيه ماذكر توجيها فسيولوجيا ليس معلوما لنا الى الآن انما من المهم معرفة ان كل عضو

تعرض لتأثير التيار الكهربائي وأحدث فيه هذا التيار انقباضات عضلية تشنجية مستمرة فان هذا العضل يحفظ ازدياد حجمه ازديادا يستمر جملة ساعات بعد تأثيره ثم انا اذا تأملنا الامور التي تنتج عنها ضخامة في القلب تبعا للتجارب الفسيولوجية وجدنا ان أغلبها عبارة عن تغيرات مرضية أحدثت انقباضات عضلية قوية مستمرة أو متكررة في القلب

وحيث اعترف الفسيولوجيون بانه لابد من وجود فعل منتظم لحركات القلب غير معلوم لنا به تتكيف حركاته بحسب احتياجات الجسم فتزيد عندما تزيد العوائق التي يجبر القلب على قهرها وتتناقص عند ما تتناقص كذلك فمن الواجب حينئذ أن نبرهن على ان ضخامة القلب توجد وتحصل في جميع الاحوال المرضية التي فيها فعل القلب ومجهوداته تتزايد تزايدا مستمرا ومتكررا أي في جميع الاحوال التي فيها تكون العوائق الدورية اللازم قهرها متزايدة واثبات ذلك سهل وهو

أولا ان ضخامة القلب تكاد تصحب على الدوام تمدده فان تمدده يؤدي لازدياد متحصله أعني كمية الدم المحتوي عليها وحيث ان القلب لا يمكنه قذف ما احتوى عليه تجويفه في الحالة الطبيعية الا بفعل مجهودات فلابد وأن تزداد مجهوداته أي انقباضاته العضلية أيضا عند ازدياد متحصله ازديادا غير طبيعي ولو كانت الصمامات ومقاومتها هي وجدر الشرايين على حالتها الطبيعية وضخامة القلب الناتجة عن مجرد تمدده سنوضحها عند الكلام على التهاب التامور فان رخاوة جدره التي تحصل في المرض المذكور يعقبها حالا تمدد في تجويفه ثم يعقب ذلك بسرعة بالضخامة القلبية بدون أن ينضم لذلك عوائق جديدة أخرى تمنع استفراغه وكذا يحصل تمدد القلب عند عدم سد الصمامات القلبية سدا تاما ثم تحصل فيما بعد الضخامة في اجزاء القلب الكائنة بقرب الصمامات فان دفع كمية زائدة من الدم في الاوعية تحتاج لمجهود عضلي زائد أيضا

وثانيا تصاحب ضخامة القلب كذلك تضايق فوهاته والجذوع الوعائية الغليظة وتوجيه هذا واضح حيث انه بذلك تزداد العوائق الميخانيكية التي يقاومها القلب بمجهوداته وانقباضاته العضلية فضخامة البطينات تصاحب

تضايق الفوهات الشريانية للقلب وكذلك تضايق الجذوع الشريانية العظيمة تضايقا عارضيا أو خلقيا وأما ضخامة الاذينات فانها تصاحب تضايق الفوهات الوريدية للقلب

وثالثا تصاحب ضخامة القلب التمدد الانورزماوى للابهر والشريان الرئوى اذ من المعلوم من النواميس الطبيعية ان المقاومة التى تكابدها السوائل حال جريانها فى الانابيب تزداد متى حصل تزايد أو تناقص فجائى فى متسع هذه الانابيب وهذا يحصل متى كان أحد هذين الوعائين الغليظين الناشئين من القلب متمددا تمددا انورزماويا عظيما لاسيما ان كان هذا التمدد قاصرا على أحد أجزائه فان نتيجة ذلك هو تزايد مجهودات القلب وحصول الضخامة فيه

ورابعا تنتج الضخامة القلبية عن عائق دورى فى تفرعات الاورطى والشريان الرئوى وكلما كان هذا العائق عظيما ازداد امتلاء الاورطى والشريان الرئوى وازداد أيضا توتر جدرانهما وبذلك تزداد المقاومة التى يدافعها القلب بمجهوداته

وما أكثر هذه العوائق المحدثة للضخامة هى التى تشاهد فى الدورة الصغرى ويحصل عنها ضخامة فى البطين الايمن فقد ذكرنا فيما تقدم عددا عظيما من امراض الرئة والبلورا انها يكون حصول ضخامة القلب الايمن نتيجة ملازمة لتغيراتها التشريحية بل تعد من جملة اعراض المرض وبيانا لذلك ان استفراغ الشريان الرئوى يكون متعسرا جدا فى الانفيزيما الرئوية والالتهاب الرئوى المزمن بسبب فقد عدد عظيم من الاوعية الشعرية من المنسوج الرئوى المتلاشى أو المتيبس وفى أحوال الانسكاب البلوراوى أيضا بسبب انضغاط اجزاء عظيمة من الرئة والاوعية الشعرية المحتوية عليها لكن من المعلوم ان مقاومة الشريان الرئوى العائقة لاستفراغ القلب لا تتعلق بكثرة تفرعاته الوعائية وقلتها فقط بل هذه المقاومة تزداد كذلك عندما يحصل عوق لاستفراغ الدم من هذه التفرعات الوعائية الشريانية فى الاوردة الرئوية ولذا يضاف للامراض السابق ذكرها بعض امراض القلب الايسر التى ينتج عنها احتباس الدم فى الاوردة الرئوية وسنتكلم فى مبحث الآفات العضوية للفوهة

الاذينية البطينية اليسرى على ضخامة البطين الايمن المعادلة
وخامسا يندر وجود اضطرابات مرضية فى الدورة العظمى ينتج عنها ضخامة فى البطين الايسر وهذا ناشئ عن كون الدورة العظمى ذات أوعية كثيرة العدد جدا ومن هذه الحيثية لو حصل انسداد فى عدد عظيم من أوعية هذه الدورة أو ربط أحد جذوعها العظيمة وضغطه لتعادل ذلك بتمدد غير هذه الاوعية المتوزعة فى أجزاء أخرى من الجسم ومن العوائق الكثيرة الامتداد فى الدورة العظمى الموجبة لازدياد توتر الابهر وحصول ضخامة فى البطين الايسر ولو بدون آفة عضوية فى فوهات القلب الاستحالة الاثيرومانوزية (اى العجينية الكلسية المنتشرة فى الشرايين) فان هذه الاستحالة منشأها زيادة فى المقاومة التى يكابدها التيار الدموى فى الاورطى وعوق فى جريانه بسبب استطالة سيره فيه واحداث تعرجات عديدة فى هذا الشريان وقد يوجد البطين الايسر فى حالة ضخامة عظيمة عند انسداد الابهر الذى يحصل احيانا أسفل فوهة القناة البوتالية وقد عد أيضا من جملة الاسباب التى تساعد على حصول ضخامة القلب جميع الاشغال التى تحتاج لمجهودات شاقة عضلية فان ثبت هذا جاز أن تعد ضخامة القلب الناتجة عن ذلك من النوع السابق وهو ان الضغط الذى يعترى الاوعية الشعرية الكائنة فى باطن العضلات المنقبضة يقلل عدد التفرعات الناشئة من الابهر ويضيق متسعها وبذلك يزداد امتلاء الاورطى وتوترجدره وقد أثبت المعلم (تروبه) بالتجارب الفسيولوجية ان الضغط الواقع على العمود الدموى فى المجموع الشريانى لاورطى يزداد بالانقباضات العضلية الممتدة وكذا ضخامة القلب الغير المشكوك فى حصولها غالبا عند النساء الحوامل اى فى أثناء الحمل ووجهها بعض الاطباء بازدياد فعل القلب ومجهوداته فى أثناء الحمل وبالجملة فقد عد المعلم (تروبه) أيضا من أسباب ضخامة القلب الناشئة عن اضطراب دورى فى المجموع الابهرى ضخامة البطين الايسر التى تضاعف فى كثير من الاحوال داء بريكت فى دوره الثالث فانه ينشأ هنا من زوال عدد عظيم من الاوعية ومن ازدياد امتلاء الابهر وتوتره الذى لا يصل منه الكلية الا القليل من الدم بسبب انسداد عدد عظيم من أوعيتها الشعرية ازدياد فى امتلاء المجموع الابهرى

وبهذه الكيفية يزداد العائق المقاوم لاستفراغ البطين الايسر فتزداد مجهوداتها فينشأ عن ذلك ضخامة فيه ولم يجوز القول بهذا الرأى المعلم (بمبرجر) واعترضه بجملة أمور منها ان ضخامة القلب هذه تصاحب داء بريكت فى ادواره الابتدائية وان هذه الضخامة لاتعترى غالبا القلب الايسر بانفراده بل تعم تجاويف القلب جميعها وأن الشريان الابهرى لا يكون احيانا غير متمدد فقط بل الغالب أن يكون متضايقا تضايقا غير طبيعى وأن حصولها بهذه المثابة ليس له مماثل ومن البعيد للعقل أن فقد عدد عظيم من الاوعية الشعرية الكلوية ينتج عنه ضخامة فى القلب والحال أن ربط جذوع شريانية عظيمة لايحدث ذلك

وسادسا تصحب ضخامة القلب الامتلاء الدموى العمومى اذ من الواضح أن الامتلاء العام للمجموع الوعائى يزيد فى المقاومة التى يدافعها القلب ويقهرها ومن المشكوك فيه كون هذا الامتلاء يحصل من ازدياد فى متحصل جميع المجموع الوعائى ازديادا مستمرا عموميا أو أن هذا الامتلاء يتعادل حال حصوله بكثرة الافرازات وقوتها خصوصا بافراز الكلى (بمعنى ان افراز البول لم يزل متزايدا مادام الضغط الجانبى الواقع على جدر التلافيف الوعائية الكلوية للمحافظ المليجية حاصلا) ومن المحقق أن الامتلاء الدموى العمومى وقتى يحصل عقب الافراط من المأكل والمشرب ولذا كثيرا مانرى ضخامة القلب العمومية تصيب المفرطين فيماذكر كذوى الشراهة والمدمنين على تعاطى المشروبات الروحية

وقد استبان مماذكر ان ازدياد فعل القلب المؤدى الى الضخامة كان ناشئا عن ازدياد فى مقاومة جريان الدم مع كون سرعة الدورة طبيعيا فكذلك من الواضح أن ازدياد الدورة مع وجود المقاومة الطبيعية لجريان الدم لابد وأن يترتب عليها ازدياد فى فعل القلب فيؤدى ذلك الى ضخامته أيضا وفعل القلب اى انقباضاته العضلية يزداد عند الانفعالات النفسية الشهوانية ويوجد عند بعض الاشخاص ازدياد عظيم فى قابلية التنبه العصبى لاسيما للقلب بحيث يكفى عندهم اسباب قليلة لازدياد عظيم فى فعل القلب وانقباضاته العضلية كما أن تعاطى نحو القهوة المركزة والشاى ولاسيما المشروبات الروحية تحدثه

أيضا

أيضا يحبث بعد جميع ذلك من أسباب ضخامة القلب المعتبرة من هذا القبيل غير أن هذه الاسباب يندر أن تؤدى الى حصول ضخامة القلب كالامور السابقة

وبالجملة فهنالك أحوال كثيرة فيها كيفية حصول هذا المرض مجهولة علينا ويعد من هذا القبيل تبعا لاعتراضات (بمبرجر) الرادة على رأى (تروبه) الضخامة القلبية التى تضاعف داء بريكت بكثرة وبسرعة عظيمة بدون ان يوجد مع ذلك آفة عضوية فى الصمامات أو فى القلب أو فى الاوعية الغليظة

ثم اننا نشاهد الضخامة القلبية قاصرة فى بعض الاحوال على جهة من القلب بل قد تكون قاصرة على احدى البطينات أو الاذينات ويكاد يثبت على الدوام ان تجويف القلب الواقعة جدره فى الضخامة كان فعله العضلى متزايد الكن الغالب امتداد الضخامة الى جميع اجزاء القلب امتدادا كثيرا أو قليلا ولو اعترى التضايق فوهة واحدة والحالة الاولى أصعب توجيها ووضوحا من الاخيرة متى علمنا ان بعض الالياف العضلية لاحدى التجاويف القلبية يستمر ممتدا الى تجويف آخر

(الصفات التشريحية)

الوزن الطبيعى للقلب يبلغ عند الذكور عشر اواق وعند النساء ثمانية وأما القلب فى حالة الضخامة فقد يبلغ وزنه رطلا أو اثنين وأما السماكة فتبلغ تبعا للمعلم (بيزوت) فى جدر البطين الايسر عند الذكور خمسة خطوط وعند النساء أربعة ونصفا وأما جدر البطين الايمن فيبلغ سمكها عند الذكور خطين وعند النساء خطا وثلاثة أرباع خط وسمك جدر الاذين الايسر يبلغ خطا ونصفا وأما الايمن فسمكها يبلغ خطا واحدا فعلى ذلك تبتدئ ضخامة البطين الايسر عند الذكور متى وصلت سماكتها ستة خطوط فأزيد وعند النساء متى وصلت الى خمسة خطوط والبطين الايمن متى وصل سمك جدره الى ثلاثة خطوط فى الذكور يكون ضخما وعند النساء اذا وصل خطين ونصفا وفى أحوال الضخامة القوية قد يبلغ سمك جدر البطين الايسر قيراطا أو قيراطا ونصفا والايمن ستة خطوط أو تسعة وجدر الاذين الايمن خطين والايسر ثلاثة بالاكثر

ثم ان الضخامة اما ان تعم الجدر اللحمية للقلب فقط أو تعمها هي والاعمدة اللحمية والحلمات العضلية أو تكون متسلطة بالاكثر على الاعمدة اللحمية المذكورة فالحالة الاولى تشاهد بالاكثر في البطين الايمن وقد تكون الضخامة عامة في جميع القلب أو جزئية أي قاصرة على أحد أجزائه وتنقسم الضخامة على حسب قابلية تجاويف القلب الى ثلاثة أشكال فان كانت قابلية تجاويفه باقية على ماهي عليه سميت بالضخامة البسيطة وان كانت متسعة سميت بالضخامة الدائرية وان كانت متضايقة سميت بالضخامة المركزية وفي كل من الشكلين الاول والثاني يكون حجم القلب متزايدا وأما في الشكل الثالث فان كان تناقص حجم تجاويف القلب زائدا عن ضخامة جدره أمكن حصول تناقص في حجمه وهذا نادر

والضخامة البسيطة ليست كثيرة وفي كثير من الاحوال التي يظهر فيها أن تجاويف القلب الضخمة حافظة لقابليتها الطبيعية تكون هذه التجاويف متمددة في أثناء الحياة غير ان القلب تنقبض الياف العضلية مدة النزع انقباضا شديدا بحيث ان تمددها لا يوجد في الجثة وهذا الشكل يقتصر على البطين الايسر سيما في الاحوال المضاعفة لداء بريكت

وأما الضخامة الدائرية فهي الشكل الكثير الحصول وكثيرا ما تكون عامة لجميع القلب بحيث يرتقي عندما تكون مصطحبة بالتمدد الى درجة عظيمة جدا وتكون سببا في تسمية القلب بالقلب العظيم الضخم وبقلب الثور وقد تكون الضخامة الدائرية في أحوال أخرى قاصرة على القسم الايسر أو الايمن من القلب وفي الحالة الاولى لا يندر أن يتناقص متسع تجويف البطين الايمن بسبب اندفاع الحاجز اللحمي في باطنه

وأما الضخامة المركزية فهي نادرة جدا ولو أن كثيرا من المشرحين الغير المتمرنين يظنون كثرة وجودها في الجثة عند مشاهدة القلب المنقبض انقباضا عظيما في أثناء النزع وقد شك في وجود هذا الشكل المعلم (كروفليه) وأما المعلم (بمبرجر) و(ركتنسكي) فقد قالا بندرة وجودها فقط

وأما ما يخص شكل القلب فيكون في حالة الضخامة العمومية على شكل مثلث مقطوع الزوايا واذا كانت الضخامة قاصرة على البطين الايسر صار القلب

مستطيلا او اكتسب شكلا هرميا وطرف البطين الايمن السفلي يقل امتداده نحو قمة القلب واذا كانت الضخامة الدائرية في البطين الايمن صار القلب عريضا وذا شكل كرى ويكون البطين الايمن اكثر اتجاها نحو الامام والايسر بعيدا عن جدر الصدر وقمة القلب تكون غالبا متكونة من البطين الايمن بانفراده

وأما وضع القلب فكلما ازداد ثقلا ازداد انخفاضا بحيث يدفع الحجاب الحاجز ويكون في الغالب مائلا الى جهة اليسار وفي الضخامة الدائرية المصحوبة بتمدد في القلب تنخفض قاعدة هذا العضو الى أسفل وتتجه جهة اليمين وأما طرفه فيتجه جهة اليسار بحيث يكتسب القلب وضعا مستعرضا وبالجملة فان القلب يميل الى الجهة الموجودة فيها الضخامة فيتجه جهة اليمين ان كانت الضخامة قاصرة على البطين الايمن وبالعكس

وضخامة القلب تنشأ غالبا عن ازدياد في أغماد الالياف العضلية من جهة ومن جهة أخرى من ازدياد عدد نفس الالياف العضلية الاصلية الابتدائية ولم يتيسر للمعلم (فورستر) اثبات عظم حجم الالياف العضلية المذكور في أحوال ضخامة القلب

(تنبيه) ذكر غيره من المشرحين وهو (روكتنسكى) و(بمبرجر) عظم حجم هذه الالياف العضلية المذكورة

ولون جوهر القلب يكون مسمرا اذا كانت متزايد التماسك بحيث ان جدر البطين الايمن بعد شقه لاتهبط على نفسها كما هي الحالة الطبيعية

(الاعراض والسير)

من العسر وصف الصورة المرضية التي تنتج عن مجرد الضخامة القلبية فانه يندر كاذكرنا وجود هذا المرض بانفراده بل يكاد يكون على الدوام مصاحبا لغيره من أمراض القلب والجذوع الوعائية ونحو ذلك بل ان هذه المضاعفات كثيرا ماتزيل تأثير ضخامة القلب بالكلية أعنى تزيل الاعراض التي كان حقها ان تنتج عن الضخامة البسيطة القلبية فعظم الاعراض التي تشرح من جملة اعراض ضخامة القلب ليست متعلقة بهذه الضخامة وحقها ان تكون أكثر وضوحا ان لم توجد الضخامة القلبية هذه مصاحبة للامراض الاصلية

المتعلقة بها هذه الظواهر حقيقة وذلك يقال على الخصوص بالنسبة للسيانوز والاستسقاء فان هذين العرضين متى شوهدا فى أثناء سير الضخامة القلبية لا يتعلقان بها مطلقا مادامت حقيقية أعنى ناتجة عن ازدياد فى حجم الطبقة العضلية القلبية بل يتعلقان بمضاعفات هذه الضخامة وقد اجتهد المعلم (بوليو) كثيرا فى رفض قول الاطباء ان الضخامة القلبية تحدث كلا من السيانوز والاستسقاء حيث قال ان المعلومات الفسيولوجية الحقيقية لا تجوز لنا القول بان الضخامة القلبية لها قدرة فى حد ذاتها على احداث ظواهر مرضية يستبان منها اضطراب وضعف فى الوظائف الدورية ومع هذا القول الصريح والاعتراض الصحيح لم يزل كثير من الاطباء يعد السيانوز والاستسقاء من جملة اعراض الضخامة القلبية

ولنفرض ان كلا من البطينين واقع فى حالة ضخامة فالناتج عن ذلك يكون دفع الدم بقوة فى الشرايين عند كل حركة انقباض بطينى ومتى كان البطين متمددا مع ذلك كما هو الغالب حصل ولا بد امتلاء غير طبيعى فى الشرايين وبقدر ما يستفرغ البطين الواقع فى الضخامة أثناء السستول متحصله فى الشرايين استفراغا تاما يحصل بسهولة فى أثناء الدياستول انصباب دم الاوردة فى القلب انصبابا تاما أيضا فيترتب على ذلك فراغ الاوردة وامتلاء الشرايين وكذا الاوعية الشعرية لا يحصل فيها امتلاء غير طبيعى فان استفراغها يسهل بقدر ازدياد توارد الدم اليها فنتيجة الضخامة القلبية الشاغلة للبطينين حينئذ هى كثرة امتلاء الشرايين وفراغ الاوردة وسرعة الدورة على العموم

وان كان البطين الايسر وحده هو المصاب بالضخامة فيصير استفراغ متحصله مدة السستول أسرع مما اذا كانت جدره فى حالة سمكها الطبيعية وبذلك تصير الدورة العظمى أكثر امتلاء خصوصا اذا كانت ضخامة البطين مصحوبة بتمدد ومع كون كمية الدم فى الدورة العظمى تزداد فلا يكون هذا الازدياد عظيما جدا بحيث ينتج عنه امتلاء الاوعية الشعرية والاوردة بالكلية حتى يحصل لسيانوز والاستسقاء والذى يمنع حصول ذلك هو قلة امتلاء أوعية الدورة الصغرى فان البطين الايمن ولو أنه غير مصاب بالضخامة يطرد بسهولة عظيمة ما احتوى عليه من الدم فى الشريان الرئوى وتفرعاته القليلة المقاومة لعدم

امتلائها امتلاء كاملا وكذا امتلاء الاوردة الاجوفية يزول بسبب سهولة استفراغ دمها فى القلب الايمن وسهولة انصبابه فيه عقب ازدياد قوة الضغط عليه وحينئذ يدفع البطين الايمن الوارد اليه الدم بكثرة والمنصب بسهولة متحصله فى أوعية قليلة الامتلاء دما كثيرا بقدر مايدفعه البطين الايسر الهارع اليه الدم بضغط خفيف المنصب متحصله فى الاورطى الكثيرة الامتلاء والمقاومة فعلى ذلك يكون نتيجة ضخامة البطين الايسر سيما الضخامة الدائرية هى امتلاء أوعية الدورة العظمى امتلاء غير طبيعى لايصل الى امتلاء الاوردة بسبب سهولة انصباب متحصلها فى القلب الايمن وامتلاء قليل فى أوعية الدورة الصغرى وسرعة فى الدورة على العموم وهذا الامر واضح اذا تأملنا ان كلا من البطين الايسر لضخامته والايمن لدفع متحصله بسهولة فى أوعية قليلة الامتلاء يدفع كمية عظيمة من الدم عند كل حركة ستولية وان كان البطين الايمن هو المصاب وحده بالضخامة ازدادت بعكس ذلك كمية الدم فى الدورة الصغرى وتناقصت فى الدورة العظمى ويترتب على ازدياد دفع البطين الايمن للدم فى الشريان الرئوى امتلاء هذا الشريان بعد زمن قليل وعسر فى استفراغ دمه وأما البطين الايسر فيسهل دفع دمه فى الشريان الابهر القليل الامتلاء ومن جهة أخرى يكون الدم الآتى للقلب الايسر من أوعية كثيرة الامتلاء والتوتر بخلاف الايمن فيكون آتيا من أوعية قليلة الامتلاء وبذا يحصل التعادل فيدفع أحد البطنين فى الجذوع الشريانية العظيمة كمية مماثلة لما يدفعه البطين الآخر ولولا هذا التعادل لتجمع جميع الدم تقريبا عما قليل فى الدورة الصغرى فحينئذ تكون نتيجة ضخامة البطين الايمن هى كثرة امتلاء أوعية الدورة الصغرى وتناقص امتلاء العظمى وسرعة فى الدورة وسهولة استفراغ الدم من الشريان الرئوى والاوردة الاجوفية فيتضح لنا كما ذكر تبعا للمعلم (فراى) الاعراض التى تحدثها ضخامة القلب واختلافها باختلاف مجلس الضخامة بان كانت مصيبة لعموم القلب أو بعض اجزائه لكن كلامنا هنا مختص باشكال الضخامة القلبية غير المضاعفة باضطرابات دورية بل تكون معادلة لها وسنتكلم على اشكال الضخامة القلبية التابعية فى مبحث الآفات العضوية فى الصمامات القلبية

التى تتنوع اعراضها تنوعا عظيما

وأكثر أنواع الضخامة القلبية هو الغير المضاعفة العمومية الدائرية ومن اعترتهم هذا المرض يظهر انهم متمتعون بحسب الظاهر بصحة جيدة بحيث لا يعلم فيهم هذه الضخامة الا بالبحث عن الصدر صدفة بالعلامات الطبيعية عقب اصابتهم بالسكتة المخية أو أنه لا يعلم ان سبب السكتة المخية والموت كان نتيجة ضخامة فى القلب الا بعد فتح الجثة والمرضى لا يكون عندهم سبب يوجب استشارة الطبيب وهو لا يكون له باعث للبحث عن الصدر وهذا هو الواقع فى أغلب الاحوال والمشاهد حقيقة فى الطب العملى وليست مجرد شرح بصناعة القلم ونبض مثل هؤلاء المرضى يكون ممتلئا قويا جدا ونبض الشرايين السباتية واضحا ويسمع عند التسمع على الجذوع الشريانية العظيمة لغط واضح مدة انقباض البطين ويكون الوجه متقدا محمرا والاعين لماعة والوظائف على حالتها الطبيعية والتنفس غير عسر مادام القلب الذى اعترته الضخامة غير متمدد جدا وأما الاحوال التى فيها يكون القلب الشبيه بقلب الثور فى الحجم دافعا للرئتين الى الجانبين والحجاب الحاجز الى أسفل يوجد عند المريض احساس بامتلاء فى الصدر وانقباض فى قسم القلب وضيق فى التنفس وفى بعض الاحوال تشتكى المرضى بخفقان القلب خصوصا عند الانفعالات النفسية لكن هذا العرض ليس بلازم وكثيرا ما يستغرب من ان ضربات القلب القوية جدا الراجة لجدر الصدر رجا يشبه قرع مطرقة لا تحدث عند المريض أدنى تألم ولا امشاق ولا ظواهر أخرى محسوسة له

ثم انه فى اثناء سير ضخامة القلب العمومية قد تظهر اعراض احتقانات توارديه فى الاعضاء التى فيها تكون قلة مقاومة جدر أوعيتها الشعرية سيما فى كثرة توارد الدم اليها لا سيما عند حصول اسباب موجبة لازدياد فعل القلب الضخم وذلك كالدماغ والشعب فتحصل احتقانات تواردية نحو الدماغ عند جرى المرضى أو تعاطى مشروبات منبهة أو التعرض لانفعالات نفسية فيظهر عندهم ألم فى الرأس وشرر امام الاعين وطنين فى الاذنين ودوار ونحو ذلك وأما الاحتقانات التواردية نحو الشعب فتتضح عنها اعراض انتفاخ الغشاء المخاطى الشعبى وذلك كعسر التنفس والخراخر الشعبية الممتدة ونوب ضيق

النفس وجميع هذه الاعراض تزول متى استفرغ من المريض مقدار من الدم أو سهل استفراغ الدم من الاورطى الصدرية الى الاورطى البطنية عقب تعاطى مسهل وتناقص الضغط الواقع على الاورطى البطنية من الاحشاء

ولا يندر أن تحصل فى أثناء سير الضخامة القلبية العمومية سكتات دماغية وستثبت فيما سيأتى ان معظم التمزقات الوعائية الدماغية التى تعترى الشبان يكون منشؤها ضخامة القلب العمومية أو ضخامة القسم الايسر فى القلب وكثرة حصول السكتات الدماغية من ضخامة القلب تتعلق اما برقة جدر الاوعية الدماغية التى لكثرة رقتها يعتريها التمزق من امتلائها زيادة عن غيرها من الاوعية الشعرية لاعضاء أخرى أو بكثرة مضاعفة الاستحالة الجبنية الكلسية للضخامة القلبية فى كثير من الاحوال والارتباط السببى بين ضخامة القلب والاستحالة الجبنية الكلسية للشرايين القائل به كل من المعلم (روكتنسكى) و (ورجوف) قد ثبت أكيدا بمشاهدات المعلم (ديترش) التى اتضح بها كثرة مشاهدة هذه الاستحالة فى الشريان الرئوى عند وجود ضخامة فى قسم القلب الايمن مع أن مشاهدة الاستحالة المذكورة فى هذا الشريان نادرة

ثم اذا لم يهلك المريض لا من أول نشبة سكتية ولا من الثانية امكن ان يصل الى سن عظيم وفى احوال اخرى قد يعترى القلب استحالة مرضية اخرى فتتغير الصورة المرضية بمعنى انه تظهر احتقانات احتباسية فى الاوردة واستسقاآت عمومية وهذه الاعراض سنتكلم عليها عند الاستحالات المرضية للجوهر العضلى القلبى

واما اعراض ضخامة القلب الايسر البسيطة أو الدائرية التى هى اكثر حصولا بعد السابقة بدون مضاعفات فمن الواضح انها تشابه بالكلية اعراض الضخامة العمومية فان الدورة فيها تكون أيضا سريعة والشرايين ممتلئة امتلاء عظيما ولا يحصل فيها احتقانات احتباسية فى الاوردة والاوعية الشعرية بسبب سرعة سير الدم فى الاوردة وسهولة انصبابه منها فى قسم القلب الايمن والامتلاء القليل لاوعية الدورة الصغرى لا يؤثر تأثيرا مضرا

على التنفس فان ضعف حركة التبادل الغازى الناتجة عن قلة امتلاء أوعية الدورة الصغرى يتعادل بسرعة سير الدم فيها وفى هذا الشكل من الضخامة يقل تشكى المرضى بالكلية والنبض يكون ممتلئا وقويا ولون الوجه طبيعيا والوظائف تتم على حالتها الطبيعية والتنفس هنا يندر تكدره واضطرابه فان القلب فى هذا الشكل قل أن يزاحم اعضاء التنفس بزيادة حجمه مثل ما يحصل فى الضخامة القلبية العمومية وكذا خفقان القلب وان لم يكن عند المرضى المصابين بضخامة القلب الايسر نادرا فليس عرضا دائم الوجود عندهم وهؤلاء المرضى كذلك يهلكون بكثرة من السكتة الدماغية

وكما ان ضخامة القلب الايمن يكثر اشتراكها فى الضخامة الدائرية للقلب الايسر وكانت مصاحبة هذه الضخامة للاضطرابات الدورية الرئوية والآفات العضوية للصمامات القلبية اليسرى كثيرة جدا يندر مشاهدة هذه الضخامة على حالة بساطتها اى بدون مضاعفات قلبية أخرى بل انه يشك فى وجودها بالكلية فلو أردنا شرح اعراض ضخامة البطين الايمن البسيطة اى الغير المضاعفة بالدقة لما أمكن ذلك الابطريق الحدس والتخمين وبالجملة فكل من ضيق التنفس واوذيما الرئة الذى يشرح من جملة اعراض هذا المرض لا يتعلق بالضخامة البسيطة للقلب الايمن كما ان السيانوز والاستسقاء لا يتعلقان بضخامة القلب الايسر بل ان ضخامة البطين الايمن تنقص ضيق النفس الذى تحدثه التغيرات المرضية التى تصاحبها هذه الضخامة وتطرأ عليها كما ان ضخامة البطين الايسر المضاعفة للآفات العضوية الصمامية للقلب تمنع من حصول السيانوز والاستسقاء زمنا طويلا

واما ما يخص الضخامة المركزية للقلب فلم يكن عندنا مشاهدات اكيدة من هذا المرض مقعولة من أطباء يعتمد قولهم بحيث يمكن وصف اعراض هذا المرض منها وذلك لندرتها جدا حتى ظن كثير من مشاهير الاطباء عدم وجودها ومتى تضايقت تجاويف القلب الواقع فى حالة ضخامة مركزية تضايقا عظيما ولم تزد انقباضات هذا العضو تزايدا معادلا لاتناقص تجويفه

فلابدوان ينتج عن ذلك ظواهر مرضية مخالفة للظواهر السابق شرحها فانه ولومع شدة قوة الطبقة العضلية للقلب الذى اعترته الضخامة المركزية تتناقص جدا كمية الدم المندفعة فى الاوعية الشريانية العظيمة واستفراغ الدم الوريدى فى القلب المتضايق يحصل به عوق ايضا وبذلك يمكن ان يحدث اللون السيانوزى والاستسقاء

(العلامات الطبيعية)

يشاهد بالنظر فى احوال الضخامة الدائرية العظيمة خصوصا عند الشبان تحدب واضح فى قسم القلب اى بروزفيه وهذا التحدب لا ينبغى اختلاطه بالتحدب الراكتيسى وأما عند الكهول المتعاظمة عندهم الغضاريف الضلعية فان هذا العرض يفقد منهم ولو كان القلب مكتسبا لحجم عظيم جدا وزيادة على ذلك يشاهد أيضا ارتجاج جدر الصدر فى امتداد عظيم ولو فى محال لا يشاهد الارتجاج فيها عادة كما هو مذكور فى الكلام على البحث بالجس عن قسم القلب وبالجس يحس عند أغلب الاشخاص السليمين فى اثناء حركة الاستول بارتجاج فى المحل المقابل لقمة القلب من جدر الصدر وأنه يحس بارتفاع وتقوس خفيف فى صغر من المسافة بين الاضلاع المسامتة لقمة القلب وهذه الظاهرة هى المعروفة بضربات القلب أو نبضانه وتحصل هذه الضربات بالكيفية الآتية وهو ان القلب عند انقباض البطين ينطرد الى أسفل وينـدفع بقوة نحو جدر الصدر ثم ان رأى الفسيولوجيين وان اختلف بالنسبة لاندفاع القلب وسقوطه الى أسفل مدة حركة الستول حيث قال بعضهم ان هذا السقوط انما ينشأ عن استطالة الجذوع الوعائية الغليظة وتمددها مدة نفوذ الموجة الدموية فيها وقال آخرون ان ذلك ينشأ عن اندفاع القلب اندفاعا خلفيا ارتدادا كما يعترى هذا العضو وقت خروج الدم منه بقوة عظيمة مثل ما يحصل ذلك فى سلاح نارى وقت انطلاقه الا أن رأى جميع المؤلفين واحد فى كون القلب ينطرد الى أسفل ويسقط فى أثناء حركة الستول ومتى تأملنا كون القلب ليس متعلقا وسائبا فى تجويف الصدر بل مرتكزا على الحجاب الحاجز بسطح منقطع بانحراف اتضح لنا أن القلب المذكور لابدوان يندفع الى الامام بقوة نحو جدر الصدر فان لامست

قة القلب عند ذلك مسافة بين الاضلاع وصادمتها دفعتها الى الخارج وتقوس الصفر المصادمة لهقة القلب (وهذا ما يسمى بنبضات القلب أو ضرباته) وأما ان صادمت قة القلب ضلعا من الاضلاع أو كانت المسافات بين الاضلاع ضيقة جدا بحيث لا يمكن اندفاع قة القلب فى المسافة التى بين ضلعين فانه يحس عند الجس عوضا عن قرع قة القلب أو نبضه بارتجاج خفيف محدود فى الاضلاع أو المسافات بينها ومن الواضح انه كثيرا ما يحس عند الاشخاص ذوى المسافات بين الاضلاع الواسعة جدا أو الذين تكون قة قلبهم متجهة نحو الخارج بضربات القلب احساسا واضحا وعند ذوى المسافات الضيقة بين الاضلاع أو الذين تكون قة قلبهم متجهة نحو الداخل يحس بارتجاج الصدر بكثرة وليس ذلك خاصا بمحل قة القلب بل فى جميع المحلات الملامس فيها القلب لجدر الصدر وكذلك يحس بارتجاج القسم الشراسيفى خصوصا وقت ازدياد مجهودات القلب ولا ينبغى اختلاط هذا الارتجاج بالضربات القلبية الشراسيفية فان الارتجاج الشراسيفى ينشأ من اندفاع الفص اليسارى من الكبد الى أسفل عند كل حركة ستولية

ثم ان الحالة الطبيعية لضربات القلب التى شرحناها تظهر اختلافات عديدة عند وجود ضخامة فى هذا العضو فضربات القلب تكون أكثر قوة وامتدادا وشدة هذه الضربات وامتدادها لا تكاد تحصل الا فى أحوال الضخامة القلبية وأما ارتقاء هذه الدرجة فقط فانها تحصل كذلك عند ازدياد مجهودات هذا العضو وهو على حالته الطبيعية وقد ميز العالم (اسكودا) درجتين لضربات القلب الاولى هى التى يرتج فيها كل من جدر الصدر ورأس الطبيب المتسمع بدون ارتفاع فى جدر الصدر ورأس الطبيب الثانية هى التى فيها ترتفع جدر الصدر ارتفاعا واضحا فى أثناء انقباض البطين وتهبط فى أثناء حركة استرخائها فان كان ارتفاع جدر الصدر سريعا ارتج رأس الطبيب المتسمع أيضا وان كان بطيئا لا يرتج والدرجة الثانية التى تكون فيها ضربات القلب ممتدة ورافعة لجدر الصدر هى الواصفة حقيقة لضخامة القلب دون باقى امراض هذا العضو بشرط أن لا تكون هذه الضربات الرافعة لجدر الصدر وقتية بل مستمرة وحينئذ يمكن اليها فى تشخيص هذا المرض وأما امتداد

هذه الضربات فانها فى الاحوال التى فيها يكون القلب سليما تكون قاصرة على مسافة بين الاضلاع أو مسافتين فقط وأما فى الاحوال التى فيها يعترى القلب الضخامة يكون امتداد ضرباته عاما بالجملة مسافات بين الاضلاع وفى أحوال الضخامة الدائرية العمومية للقلب يكون امتداد ضرباته عاما القطره المستطيل والمستعرض معا وأما فى أحوال الضخامة الدائرية فى البطين الايسر فضربات القلب القوية الراجة لجدر الصدر والرافعة لها تكون اكثر انضاحا نحو قمة هذا العضو وتمتد من هنا نحو قطره المستطيل ويقل امتدادها نحو القطر المستعرض وأما فى أحوال الضخامة الدائرية للبطين الايمن فاتضاح ضربات القلب ورجها لجدر الصدر وامتدادها فى الجزء الذى بين قمة القلب وطرف القص أو حافته أعنى فى القطر المستعرض من هذا العضو ويسهل توجيه جميع هذه الاختلافات باندفاع حافة الرئة وملامسة القلب لجدر الصدر بجزء عظيم فانه بحسب نمو أحد قسمى القلب تندفع تارة حافة الرئة اليمنى وتارة حافتها اليسرى وبالبحث عن ضربات القلب فى أحوال الضخامة القلبية الدائرية يتضح لنا كذلك تحول فى قمة هذا العضو فانها فى الاحوال الصحية تكاد تقرع على الدوام فى المسافة بين الاضلاع الخامسة وعند تمدد البطين أو المسافات بين الاضلاع تمدد اعظيما فى الرابعة وعند ما يوجد ضيق طبيعى فى المسافات بين الاضلاع تقرع فى السادسة (وقال بيتس ان ضربات القلب عند الاطفال يكثر وجودها فى المسافة الضلعية الرابعة لا الخامسة) والمقر الاعتيادى الذى يحس فيه بضربات القلب وهى المسافة الضلعية الخامسة أعنى بنصف قيراط أو قيراط أسفل حلمة الثدى يوازى الخط القصى أعنى الخط الذى يتوهم امتداده امتدادا عموديا بين حافة القص اليسرى وحلمة الثدى وأحيانا تكون ضربات القلب خارجة عن هذا الخط الوهمى بقليل ويندر دخولها عنه فان كان حجم القلب متزايدا كثيرا أى اعترته ضخامة فضربات القلب لا تشاهد فقط حذاء قمته فان جدر الصدر تهتز بضربات اجزاء أخرى من القلب وحينئذ ينبغى للطبيب البحث عن محل قمته والعادة هنا أن يعتبر محلها المقر الذى فيه تكون ضرباته الى أسفل والخارج مع كثرة وضوحها وخلوصها وفى أحوال كل شكل ضخامة قلبية دائرية عمومية أو يمينية

أو يسارية تتزحزح قمة القلب جهة اليسار غير انه فى أحوال الضخامة العمومية واليسرى تسقط قمة القلب مع ذلك الى أسفل بحيث يحس به فى المسافة بين الاضلاع السادسة أو السابعة ومن النادر جدا مشاهدة ذلك فى أحوال الضخامة الدائرية اليمنى وذلك فى الاحوال النادرة التى فيها ضخامة البطين الأيمن تجاوز قمة القلب ويسهل على الطبيب بالالتفات والتمرن التمييز بين الاحساس الناتج من قرع القلب على جدر الصدر الذى بدرجته يمكن معرفة الحالة المرضية من الحالة الصحية بشدة امتداد هذا القرع أو قلته من التموجات التى تحصل فى الاجزاء المحيطة بالقلب بعد قرعه عليها فان هذه التموجات يمكن أن تكون ممتدة امتدادا عظيما عند ازدياد مجهودات هذا العضو ولو كان على حالته الصحية

وبالقرع يسمع فى قمة القلب أصمية وهذه الأصمية فى الحالة الطبيعية تكون مثلثا محدودا من الانسية بالحافة القصية مبتدأ من طرف الضلع الرابع وساقطا الى أسفل باستقامة ومحدودا من الوحشية بخط يتوهم امتداده من الحافة القصية وطرف الضلع الرابع أيضا يمتد الى الصفر الذى تقرع عليه قمة القلب ساقطا بانحراف الى الوحشية وتتحد هذه الاصمية المثلثة من الاسفل بأصمية الكبد وعندما يكون الفص اليسارى من الكبد قليل الامتداد نحو اليسار تكون أصمية القلب محدودة من الاسفل بالمسافة بين الاضلاع السادسة أو السابعة ثم ان أصمية القلب الطبيعية هذه تزداد عندما تعترى هذا العضو الضخامة وهى انها تزداد طولا عندما تعترى الضخامة القلب الايسر وتزداد عرضا عندما يكون القلب الايمن هو الواقع فى الضخامة وتتزايد من أعلى الى أسفل ومن اليسار الى اليمين أعنى انها تزداد طولا وعرضا عندما يكون القلب واقعا فى الضخامة الدائرية العمومية وفى بعض احوال ضخامة البطين اليسارى الذى يكون فيها امتداد أصمية القلب جهة لا على أقل من الاسفل ينبغى الاعتماد فى التشخيص على البحث عن قمة القلب بالطرق التى بيناها سابقا بواسطة الجس فانه أهم من القرع فى مثل هذه الاحوال وزيادة على هذه الاصمية أعنى أصمية صوت القرع الناتجة عن ملامسة جسم هذا العضو لجدر الصدر قد بين بعض الاطباء حدود اللفظ القرع

الفارغ

الفارغ المحيط بدائرة القلب الذى يحصل متى كانت طبقة الرئة الحائلة بين القلب وجدر الصدر غير كثيفة ويسمى هذا الصوت الفارغ بالغط الفارغ المحيط بدائرة القلب غير ان ماذكر لا ينتج منه أدنى منفعة ولا أهمية حيث لم ينتج عن هذا التدقيق الصناعى أقل فائدة لا علمية ولا عملية

واما التسمع فهو عبارة عن تسمع الغاط القلب وذلك ان انقباضات هذا العضو المنتظمة الدورية تحدث فى الحالة الصحية ظواهر أصوات تعرف باصوات القلب لان اهابعض الغاط تقرب من الالغاط الموسيقية وهذه الالغاط التى تسمع عند الشخص السليم فى قسم القلب وأعلى محل منشا الجذوع الشريانية العظمية وتسمى بالغاط القلب الطبيعية تنشأ بالكيفية الآتية وهى أنه يعترى الاغشية المرنة بسبب حركة الدم المندفع بقوة انقباض القلب تموجات صوتية منتظمة وهذه الاغشية هى الصمامات الاذينية البطينية والصمامات السينية وجدر الاوعية الغليظة الناشئة من القلب وذلك انه مدة السستول البطينى يحصل تموج فى الصمامات الاذينية البطينية المنغلقة وجدر الاوعية الشريانية المتمددة بالموجة الدموية وأما فى أثناء الدياستول اى استرخاء البطينين فان الصمامات السينية هى التى يعتريها التموج وحيث ان كلا من الصمامات الاذينية البطينية وجدر الاوعية الشريانية يتموج فى آن واحد فلا يسمع فى مدة السستول البطينى الا لغط واحد ولوان ينبوعه مزدوج يسمى باللغط الاول للقلب وحيث كان تموج الصمامات السينية للشريان الابهر والرئوى فى آن واحد كذلك فلا يسمع مدة الدياستول الا لغط واحدا ايضا ولو كان ينبوعه مزدوجا ويسمى هذا اللغط باللغط الثانى للقلب ثم ان اللغط الاول للقلب ينشأ من الموجة الدموية المتحركة بانقباط البطين بالواسطة وتزول رنانيته ببطء وأما الثانى فينشأ من تقهقر الموجة الدموية وقرعها على الصمامات السينية وتزول رنانيته بسرعة ولذا يعقب اللغط الاول بفترة قصيرة بخلاف الثانى فانه يعقب بفترة طويلة وحيث ان الغاط القلب لا تسمع فقط فى محل منشئها بل فى الاجزاء المجاورة أيضا فيسمع اللغط الثانى حذاء البطينين مدة استرخائهما مع انه فى هذه الحالة لا توجد أغشية مرنة معتريها تموج رنان ثم ان الغاط

القلب لا تتكدر مطلقا بواسطة الضخامة البسيطة ولا تستحيل الى لغاط مرضية بل انها فقط تصير أكثر شدة وارتفاعا لانه بوقوع جدر القلب فى الضخامة تصير الصمامات القلنسوية وذات الشرافات الثلاثة عرضة لقرع قوى فتصير قوجاتها أكثر شدة وكذلك ايضا يصير توتر كل من الابهر والشريان الرئوى أكثر شدة وتموجاته أكثر قوة بسبب قوة اندفاع الدم فيهما وبالجملة فان قوة قرع الموجة الدموية المتقهقرة فى الشريان الابهر والرئوى تكون أكثر بسبب شدة امتلاء هذين الوعائين وعندما تكون الضخامة القلبية عظيمة جدا قد تصطحب ضربات القلب بلغط معدنى ناشئ عن قرع القلب على جدر الصدر وهذا اللغط يكون ملازما لضربات القلب ويسمى باللغط المعدنى للقلب

(التشخيص)

اعلم ان التغيرات الدورية والاعراض المحسوسة للمريض الخاصة بالضخامة القلبية كما انها قد لا تدرك فكذلك العلامات الطبيعية قد لا تدلنا على تشخيص هذا المرض دلالة أكيدة فان الرئة اليسرى مثلا اذا اعترتها الحالة الانفيزيماوية وتداخل جزء منها بين القلب الواقع فى الضخامة وجدر الصدر تجد أن ضربات القلب لا تكون متزايدة ولا ممتدة امتدادا غير طبيعى حتى لو اكتسب القلب درجة ضخامة عظيمة جدا بحيث لا يكاد يحس بها وبهذه الحيثية لا تكون أصمية القلب متزايدة بل متناقصة والغاط القلب لا تصل للاذن المتسمعة الا وهو ضعيفا جدا عند وجود الانفيزيما الرئوية

ثم ان الضخامة الدائرية للبطين الايسر التى شرحنا اعراضها المحسوسة للمريض متى ضممنا اليها الاعراض المدركة للطبيب تيسر تشخيصها بالكيفية الآتية وهى وضوح النبضات السباتية وارتفاع اللغط السنولى فى الجذوع الشريانية العظيمة وارتفاعه وامتلاء النبض ولو فى الشرايين الصغيرة المدركة وقوة ضربات القلب وامتدادها لمحور الطولى من هذا العضو وسقوط قمة القلب وامتداد أصمية نفس القلب فى اتجاهه الطولى وقوة الالغاط القلبية فى البطين الايسر والشريان الابهر واللغط المعدنى

احيانا ومن جميع هذه العلامات يستدل على حالة ضخامة البطين الايسر لا الاذين الايسر لوضعه وضعا غائرا بعكس الاذين الايمن

وأما الضخامة الدائرية فى القلب الايمن فانها تتضح بالعلامات الآتية المدركة للطبيب وهى شدة ضربات القلب التى تمتد نحو القص والى القص اليسارى من الكبد غالبا وتحول قمة القلب نحو الوحشية التى يقل تحولها نحو الاسفل وامتداد أصمية القلب فى اتجاهه العرضى خصوصا نحو اليمين وقوة الغاطه فى البطين الايمن والشريان الرئوى ويكثر ايضاح اختلاف قوة الالغاط القلبية فى الشرايين خصوصا فى اللغط الثانى للقلب بحيث يكون اشتداده فى الشريان الرئوى هو العرض المهم الواصف لضخامة القلب الايمن

واما مجموع الاعراض المدركة لكل من ضخامة البطين الايسر والايمن فمنه تتقوم العلامات الطبيعية للضخامة العمومية وذلك ان كلا من الشرايين والنبض يتضح منه الظواهر التى ذكرناها فى الضخامة البطينية اليسرى وضربات القلب تكون راجة فى الجهة اليسرى وتكون عظيمة قوية ممتدة نحو الاتجاه الطولى والعرض لهذا العضو وقمة القلب تكون غائرة ومتجهة الى الوحشية وأصميته تمتد الى كل الجهات وتزداد شدة الغاطه فى القوة

وحيث كان من المهم فى تشخيص كل شكل من اشكال الضخامة القلبية على حدته معرفة الغاط القلب التى تسمع فى الشرايين والصمامات الاذينية البطينية ومقارنتها ببعضها فمن الواجب معرفة اصقاع جدر الصدر المقابلة لهذه الصمامات والتى يكثر فيها اتضاح كل لغط على حدته فالقاعدة العمومية البحث عن الالغاط القلبية الناشئة فى الاورطى خلف الحافة اليمنى من القص فى ارتفاع المسافة الضلعية الثانية

(تنبيه اللغط القلبى المتولد فى الابهر وان كان يسمع واضحا خلف الحافة اليسرى من القص زيادة عن وضوحه خلف حافته اليمنى الا أنه فى هذا الصقع الاخير يكون الشريان الرئوى موضوعا امام الابهر مباشرة ولذا لا يمكن قطع الحكم بان كان هذا اللغط آتيا من الشريان الرئوى او من الابهر نفسه)

والتى تنشأ فى الشريان الرئوى يبحث عنها خلف الحافة اليسرى من القص فى

ارتفاع المسافة الضلعية الثانية أو الثالثة ولغط الصمام ذى الشرافات الثلاثة يبحث عنه نحو الطرف السفلى من القص فى ارتفاع المسافة بين الاضلاع الخامسة وأما لغط القلب الذى ينشأ فى الصمام القلنسوى فيقل وضوحه فى الصفر المقابل لهذا الصمام من جدر الصدر أعنى فى المسافة بين الاضلاع الثالثة بعيدا عن حافة القص اليسرى بقيراط ونصف وانما يسهل استماعه فى محل قرع القلب والسبب فى ذلك ان الصمام القلنسوى يكون بعيدا عن الجدر المقدمة من الصدر بالقلب الايمن ومنعزلا عن الجهة الجانبية لجدر هذا التجويف بجوهر الرئة وهذه الاوساط يعسر توصيلها اللغط الحاصل فى الصمام القلنسوى ويميزه عن ألغاط القلب الايمن من جهة ومن جهة أخرى يعسر وصوله بها للاذن المتسمعة ويتضح استماع لغط الصمام القلنسوى جهة قمة القلب المتكونة من البطين الايسر بانفرادها والملامسة لجدر الصدر مباشرة بحيث تكون الالغاط القلبية الناشئة فى هذا الصمام متميزة عن غيرها من الغاط القلب فى هذا الجزء ويسهل توصيلها للاذن المتسمعة ثم انه عند ارتفاع الحجاب الحاجز أو انخفاضه ارتفاعا وانخفاضا عظيمين وعند تحول الحجاب المنصف أيضا قد تسمع الغاط القلب فى اصفار غير التى ذكرناها من جدر الصدر أو بدون سبب مدرك احيانا ولاجل عدم الوقوع فى خطا التشخيص لا ينبغى الارتكان بالكلية الى الصفر الذى يكثر فيه اتضاح استماع أحد هذه الالغاط بل الذى يرتكن اليه هو الوقوف على حقيقة علامات ضخامة احدى تجاويف القلب المصاحبة للغط الموجود وسنتكلم على ذلك مفصلا عند الكلام على الآفات العضوية للصمامات القلبية وأما التشخيص التمييزى بين ضخامة القلب وتمدده والانسكابات التامورية وغير ذلك فنتكلم عليها عقب معرفة اعراض هذه الامراض خوفا من التكرار

(الحكم على العاقبة)

الضخامة القلبية جيدة العاقبة بالنسبة لغيرها من امراض القلب اذا كانت بسيطة بل وفى كثير من الاحوال التى تكون مضاعفة لغيرها من أمراض القلب ينتج عنها تلطيف فى خطر المرض الاصلى المعادلة له والمرضى المصابون بالضخامة القلبية البسيطة يمكن أن تصل الى سن عظيم جدا

والغالب فى هلاكهما يكون نتيجة الانسكابات الدماغية أو الرئوية وهذه العوارض يمكن تجنب حصولها باتباع طريقة علاجية عقلية وتدبير صحى يناسب المريض وأما اذا اعترى القلب المصاب بالضخامة استحالة مرضية أخرى فان العاقبة حينئذ غير جيدة فانه باستحالة الضخامة الصادقة الى ضخامة كاذبة تتغير صورة المرض ويقع المريض فى اخطار متنوعة

(المعالجة)

لم يكن ثم طريقة علاجية بها يمكن شفاء ضخامة القلب وان لم ينكر أن القلب المصاب بالضخامة قد يعتريه الضمور كما يعترى السليم ومع ذلك فباتباع طرق علاجية جيدة يمكن منع تقدم سير هذا المرض وتنقيص الخطر الناتج عنه وتلطيفه وذلك بالخصوص فى الاحوال التى لا تضاعف الضخامة غيرها من أمراض القلب والرئة بل يكون هذا المرض قائما بنفسه كما يشاهد ذلك احيانا فى نحو الاشخاص ذوى الشراهة فانه فى امثال هؤلاء قد لا يعرف هذا المرض الا بعد ازدياد حجم القلب ازديادا عظيما ومزاحمته للرئتين أو ظهور اعراض احتقانية نواردية دماغية كالدوار والشرر أمام العين ونحو ذلك بل كثيرا لا يعرف الا بعد حصول نوبة سكتية بها يستيقظ الطبيب للبحث عن هذا المرض وحينئذ فعليه التدقيق فى أوامره الطبية مع التشديد فى ذلك تحذيرا المرضى على اتباع أوامره لخوفهم من ثقل ما حصل لهم من الاعراض وتستنتج الاوامر الطبية مما ذكرناه فى كيفية حصول هذا المرض وأسبابه فيجب على المرضى اتباع تدبير غذائى لطيف وعدم الافراط فى المآكل والمشارب منعا لحصول الامتلاء الدموى فهو وان كان حصوله وقتيا الا أنه يعقب على الدوام الافراط من المآكل والمشارب فانه كثيرا ما تحصل النوبة السكتية المهددة فى أثناء الامتلاء الدموى الذى يعقب ما ذكر وفى مثل هذه الاحوال ينبغى للطبيب أن يشدد فى أوامره الطبية ويحرض عليها ويعين للمريض مقدار الاطعمة ونوعها حتى يمتثل أوامره الطبية بالدقة والمحافظة عليها وهناك عادة قبيحة يتبعها ذوو الشراهة فى المآكل والمفرطون فى المشارب الروحية ينبغى التنبيه عليها وهى ان هؤلاء يعتقدون ان الافراط من شرب الماء يزيل التأثير المضر فى الاسباب

المعرضين لها ويلطفه بالكلية ومن المعلوم ان الافراط من شرب الماء بعد تعاطى المأكولات الكثيرة يزيد فى الامتلاء الدموى الوعائى ويجب على المرضى المصابين بضخامة القلب البسيطة تجنب جميع الاسباب المضرة التى تزيد فى فعل القلب وامتلاء أوعية الدورة كتعاطى المشروبات المنبهة (ومن ذلك شرب الماء الفاتر ولذلك لا يستغرب هلاك كثير من الاشخاص المستعملة المياه المعدنية الطبيعية الساخنة كحمام كرلوس بالسكتة المخية فى كل سنة) (تنبيه عن ذلك يشاهد بكثرة فى بلادنا من استعمال الحمامات الساخنة جدا سيما وان درجة حرارتها غير منتظمة وكثيرا ما تجاوز الحد بحيث ان المصابين بضخامة القلب كثيرا ما تعتريهم السكتة فيها)

وكذلك يجب عليهم تجنب الانفعالات النفسية والافراط فى المشاق الجسمية ونحوها وزيادة على ذلك يجتهد فى تسهيل حركة الدورة البطنية اى فى الاورطى البطنية اذ بذلك يقل الضغط الواقع على الاوعية الدماغية والشعبية المهددة بالتمزق فيوصى زيادة عن تجنب تعاطى المطعومات المولدة للغازات باحداث اطلاق منتظم فى البطن وبذلك يقل الضغط الواقع من الاحشاء المنحصرة فى تجويف البطن على الشريان الابهرى وتفرعاته ويتلطف

والايصاء باستعمال الاستفراغات الدموية استعمالا منتظما متكررا بقصد شفاء الضخامة القلبية وان قال به (والزوا) و (البرتينى) واتبعهما أطباء الفرنساوية الى وقتنا هذا الا انه ترك التمسك به شيأ فشيأ فى بلادنا (اى المانيا) فان الاستفراغات الدموية لا تنقص كمية الدم وكميته الا زمنا يسيرا ويعقبها تنبه فى القلب ويظهر انها تساعد على حصول استحالة مرضية فيه ومع ذلك فليس غرضنا بالقول انه فى أحوال تهديد السكتة الدموية بالحصول فى أثناء سير الضخامة القلبية لا يكون اجراء الفصد واجبا طبقا لما تستدعيه المعالجة العرضية ومن المستعمل عندنا الحزام فى نقرة القفا متى ظهرت اعراض الضخامة القلبية أو غيرها من أمراض القلب الثقيلة وهذه الطريقة العلاجية وان كانت عن مؤلفين مشهورين الا انه ينبغى اعتبارها قليلة الجدوى مع الخطر وكذا المركبات اليودية والزئبقية فيجب رفضها وباستعمال الطريقة العلاجية بجملتها كثيرا ما تحسن حالة المرضى

وتحصل لهم راحة عظيمة وكذا المعالجة العنبية اى بتعاطى العنب مع تقليل جميع المطعومات الغذائية فان لها فائدة عظيمة وكل من العلاج بمصل اللبن والعنب له تأثير دوائى ونتيجة شفائية مضادة على حسب اجراء هذه الطرق العلاجية مع تنقيص كمية المطعومات الاخرى أو ازديادها أو كون العنب حمضيا أو سكريا ففى الحالة الاولى يكون تأثير هذه الطرق العلاجية محللا وفى الثانية مقويا للتغذية الجسم ومكثرا لكمية الدم ولذلك ان استمرت المرضى المصابة بالضخامة القلبية على تعاطى مطعوماتها الاعتيادية وتعاطت مع ذلك ثلاثة أرطال من العنب أو أربعة كل يوم نشأ عن ذلك عوارض خطرة سيما الاحتقانات والسكتات الدماغية وقد شاهدت مريضا فى ويفيه كان قد حصل له تحسين جيد فى صحته بعد مكثه فى مارين باد مدة أربعة أسابيع ثم استعمل معالجة تابعية بتعاطى أربعة أرطال من العنب كل يوم بدون تقليل كمية مطعوماته الاعتيادية فحصلت له نوبة سكتية بعد ثمانية أيام

وأما استعمال الديجتالا فى أحوال الضخامة القلبية البسيطة فلا حاجة له فانه قد اتضح كما أثبته المعلم (رايش) ان نتيجة التجارب الفسيولوجية المفعولة فى الحيوانات سيما الكلاب والتجارب المتحصلة من معالجة المرضى مضادة لبعضها بالكلية فان الديجتالا التى باستعمالها فى أحوال عديدة من أمراض القلب كثيرا ما يزول كل من السيانوز والاستسقاء والاحتقانات الدموية للكبد ويعود الافراز البولى لا تنقص الضغط الباطنى الجانبى فى الشرايين فضلا عن كونها تزيده فيستعمل حينئذ فى أحوال أمراض القلب التى فيها يكون فعله متناقصا دون الاحوال التى فيها يكون فعله متزايدا وقد يحصل لبعض المرضى من استعمال الوضعيات الباردة على قسم القلب بوضع مثانة أو علبة من الصفيح مملئة بالجليد منفعة عظمى

(المبحث الثانى)

(فى تمدد القلب)

من المعلوم انه فى أحوال الضخامة الدائرية للقلب تكون تجاويفه متمددة لكن حيث ان جدره مع ذلك تكون ثخينة بسبب ازدياد الياقها العضلية فلا يكون فعل هذا العضو متناقصا بل متزايدا وحينئذ فالضخامة الدائرية

المذكورة المعتبرة اعتبارا اكلينيكيا لاتعد من تمددات القلب كما جرى على ذلك غالب المشرحين المرضيين فانهم يعبرون عنها بالتمدد القوى والذى يعين تمدد القلب عند الاطباء والعوام أحواله المرضية التى لا يكون فيها تمدد جدر هذا العضو مصحوبا بازدياد فى طبقته العضلية وفيها لا يكون فعله متزايدا بل متناقصا والمشرحون المذكورون يعبرون عن هذه الحالة بالتمدد الضعفى للقلب

والتمدد القلبى ثلاثة اشكال غير أن الاول منها ليس له حد فاصل واضح بينه وبين الثانى أولها ان تكون تجاويف هذا العضو متمددة لكن سمك جدره باق على حالته الطبيعية فرقتها حينئذ ليست الا نسبية ثانيها ان تكون تجاويف القلب متمددة وجدره مسترقة رقة واضحة ثالثها ان تكون تجاويف القلب متمددة وجدره سميكة لكن سمكها ليس ناتجا عن تزايد فى الياف‌ها العضلية الطبيعية بل عن استحالة مرضية وهى الضخامة الكاذبة

(كيفية الظهور والاسباب)

تمددات القلب تنشأ أولا اذا اعترى السطح الباطن لجدر القلب مدة الدياستول ضغط غير طبيعى لا تقاومه تلك الجدر الى درجة معلومة وما اشتهر من أن تضايق فوهات القلب والعوائق الدورية الاخرى التى تعوق استفراغ الدم يؤدى لتمدد فى تجاويف القلب ويمكن ان يوقعنا فى الخطا والظن بأن الضغط العظيم الواقع على باطن القلب مدة السستول ربما انشأ عنه تمدد تجاويف هذا العضو ومع هذا فن الواضح البين انه فى أثناء ما يدفع القلب المنقبض الدم من تجاويفه يتقهر الضغط الواقع على سطحه الباطن وهو لا ينقهر وفى كل وقت نشاهد أن العضلة العضدية ذات الرأسين فى شخص حداد مثلا لا تستطيل ولا تتمدد عقب تكرار انقباضها ورفع مطارق ثقيلة بل يعتريها عكس ذلك قصر مستقر فتمدد تجويف القلب الحاصل خلف فوهات متضايقة يوجه بالكيفية الآتية وهى ان نتيجة العائق الدورى العظيم هى عدم استفراغ التجويف القلبى الكائن خلفه استفراغا تاما ففى أثناء الدياستول التالى للسستول هذا التجويف لا يجده الدم الهارع اليه فارغا حسب العادة بل محتويا على بعض دم فعند ابتداء الدياستول يصير هذا

التجويف ممتلئا بالدم كما هى حالته فى انتهاء هذه الحركة المذكورة وحينئذ يسيل الدم ويستمر سيلانه فى هذا التجويف مادام الضغط الباطنى الواقع على جدر الاوعية الآتية بالدم اليه أعظم من مقاومة جدر هذا التجويف فنفرض مثلا انه يوجد عائق ميخانيكى فى منشأ الشريان الرئوى أو فى تفرعاته الشعرية وهو الغالب فلا يمكن هذا العائق مطلقا منع حصول انقباضات البطين مدة السستول وان أمكنه منع استفراغ متحصل هذا التجويف استفراغا تاما ومادام الضغط الواقع على الدم الكائن فى الاوردة الاجوفية أعظم من قوة مقاومة جدر البطين الايمن الرقيقة لابد وأن تسيل كمية عظيمة من الدم فى هذا التجويف مدة الدياستول فتمدده وينضم لذلك انه فى انتهاء حركة الدياستول يطرد الاذين الايمن متحصله فى البطين الايمن بفعله العضلى القوى وحيث ان الدم يسيل عادة من أوعية وريدية فى تجويف القلب بضغط خفيف فمن الواضح انه عند وجود تضايق فى الفوهات الشريانية يسهل حصول تمدد فى تجويف الاذينات التى لا يجاوز سمك جدرها بعض خطوط ثم فى البطين الايمن ويعسر حصوله فى البطين الايسر الذى يجاوز سمك جدره خمسة خطوط وفى الواقع أكثر ما نجد تمدد القلب فى الاذينات ثم فى البطين الايمن ويندر مشاهدة تمدد البطين الايسر

ويشاهد عكس ذلك التمدد العظيم للبطين الايسر فى أحوال عدم كفاية غلق الصمامات الابهرية وتمدد قليل فيها فى أحوال عدم كفاية غلق الصمامات القلنسوية وهذا الامر المذكور فى كل مؤلف من علم التشريح المرضى يثبت حقيقة التوجيه الذى ذكرناه فاننا لو فرضنا ان صمام الاورطى قد اعتراه عدم كفاية غلق وانه فى أثناء الدياستول البطينى يتقهقر الدم من الابهر فى البطين اليسارى لتبين لنا ان الضغط الواقع على سطحه الباطن مدة استرخائه يكون عظيما جدا أو كافيا فى قهر مقاومة جدره فيمددها وقد بحث المعلم (بمبرجر) فى خمسين قلبا مصابا بآفات عضوية فى صمامات الاورطى مصحوبة بتمدد وضخامة والبطين الايسر فاتضح له من هذا البحث الدقيق الاستنتاجات الآتية المطابقة بالكلية لما ذكرناه فيما تقدم وهو انه لم يجد فى أحوال التضايق البسيط لمبدا الابهر تمددا فى البطين اليسارى بالكلية أو غاية

ماهذا التمدد او احيانا ان العائق الدورى فى مثل هذه الاحوال عظيم جدا
لكن الضغط العظيم الواقع على باطن البطين الايسر الذى يحدث التمدد
بانفراده يفقد فى مدة حركة الدياستول وعكس ذلك قد وجد هذا الطبيب
فى أحوال عدم كفاية غلق الصمامات الاورطية تمددا عظيما فى البطين الايسر
ويغلب على ضخامته بحيث يسع قبضة اليد فانه فى مثل هذه الاحوال يكون
جدار البطين واقعا عليه ضغط عظيم جدا ووجد هذا الطبيب أيضا فى أحوال
عدم كفاية غلق الصمامات الابهرية مع تضايق فيها ان تمدد البطين الايسر
يكون بالغا لاقصى الدرجات فانه فى مثل هذه الاحوال تكون الامور التى
يترتب عليها حصول التمدد مجتمعة وقوية للغاية وذلك لانه فى أثناء حركة
السستول لايستفرغ البطين الايسر مااحتوى عليه من الدم الا استفراغا
غير تام بسبب التضايق وفى أثناء حركة الدياستول يتقهقر الدم فى هذا التجويف
بقوة الضغط الواقع عليه فى تجويف الابهر بسبب عدم كفاية الغلق فالقوة
المتحصلة من البطين وقت انقباضها ترتد اليها ثانيا بواسطة الموجة الدموية
المتقهقرة فيها او المندفعة اليها وقت استرخائها فكلما كانت قوة البطين
واتساع الفوهة عظيمين كانت قوة اندفاع الموجة الدموية الى الخلف
ورجوعها فى هذا التجويف عظيمة ايضا

وكذا يسهل توجيه حصول التمدد الخفيف فى البطين الايسر فى أحوال عدم
كفاية غلق الصمام القلنسوى فانه متى لم يغلق غلقا تاما يتقهقر الدم فى أثناء
حركة السستول من البطين الايسر بحيث يمتلئ الاذين الايسر والاوردة
الرئوية وتصير جدرها متوترة توترا عظيما فينتج عن ذلك هروع الدم بقوة مدة
الدياستول نحو البطين الايسر من حركة الضغط القوية الواقعة عليه ومن
الجائز ان كلا من ضخامة الاذين الايسر وشدة انقباضه يساعد على تمدد
البطين الايسر بحركة ضغط الدم الوارد اليه بقوة مدة استرخائه وأما
فى أحوال تضايق الفوهة الاذينية البطينية اليسرى فانه وان كان كل من
الاذين الايسر والاوردة الرئوية ممتلئا امتلاء عظيما وجدره متوترة والاذين
الايسر زيادة عن ذلك واقع فى حالة ضخامة الا ان شدة القوة الدافعة فى البطين
الايسر تتعادل بوجود عائق مانع اسيلان الدم فى هذا التجويف بسبب

التضايق الحاصل فى الصمام الاذينى البطينى اليسارى فمن الواضح حينئذ حصول التمدد فى البطين الايسر فى أحوال عدم كفاية غلق الصمام الفلنسوى وعدم تمدده فى احوال تضايق هذا الصمام

ثم ان تمددات القلب الناشئة عن ازدياد الضغط الواقع على السطح الباطنى من تجاويف هذا العضو تؤدى الى حصول ضخامة دائرية فى جدره مدة التجاويف وذلك لانه بازدياد فعل جدر التجويف القلبى وزيادة مجهوداته يتزايد الجوهر العضلى فيقع فى الضخامة وسنذكر عند الكلام على الآفات العضوية للصمامات القلبية انه باستحالة تمدد القلب الى الضخامة الدائرية لهذا العضو كثيرا ما يتعادل بالكلية تأثير الآفة العضوية الصمامية المحدثة لعوق سير الدورة الدموية

ثانيا يحصل تمدد القلب من تناقص قوة مقاومة جدره الطبيعية عقب حصول استحالة مرضية فيها فلا تقاوم الضغط الطبيعى الواقع على السطح الباطنى لتجاويف هذا العضو مدة الدياستول فانه بمجرد الارتشاح المصلى الذى يحصل فى جدر القلب عند اصابتها بالالتهابات المختلفة خصوصا بالتهاب الغشاء الباطن للقلب تتناقص مقاومة جدره فلا تقاوم الضغط الطبيعى للدم فينشأ عن ذلك التمدد ويظهر ان الطبقة العضلية للقلب فى الامراض الثقيلة المنهكة يحصل فيها نحافة وضمور كما فى عضلات الجسم وبذلك لا تقاوم قوة ضغط الدم فتتمدد وأكثر ما تتناقص قوة مقاومة جدر القلب فى احوال الاستحالات المرضية سيما الاستحالة الشحمية للطبقة العضلية القلبية وبزوال الارتشاح المصلى يمكن أن تكتسب الطبقة العضلية للقلب قوة مقاومتها الطبيعية فيزول التمدد الحاصل فى تجاويفه وفى أحوال أخرى يعترى القلب المتمدد ضخامة وكذا التمددات القلبية التى تحصل فى هذا العضو فى أثناء سير الامراض الثقيلة كالتيفوس والكلوروز المستعصى وغير ذلك تزول متى اكتسبت الالياف العضلية للقلب كغيرها من العضلات قوتها الطبيعية بعد حصول النقاهة التامة وأما التمددات القلبية الناشئة عن استحالات مرضية فانها لا تزول مطلقا بل تتقدم مع الزمن وتصل الى درجة عظيمة

ثالثا تنشأ التمددات القلبية عن استحالة الضخامة القلبية الى تمدد فى القلب

بسبب ماىعستريه من الاستحالات المرضية وهذه الاستحالة كثيرة الحصول كاستحالة التمدد القلبي الى الضخامة الدائرية فى هذا العضو بل كثيرا مايشاهد فى مريض واحد أثناء أدوار مرضية مختلفة استحالة احدى هاتين الحالتين المرضيتين الى الاخرى وعند وجود آفات عضوية فى الصمامات كثيرا ماتؤدى ابتداء الى تمدد القلب وهذا التمدد يستحيل الى ضخامة دائرية فى هذا العضو معادلة للآفة العضوية الصمامية ويمكن أن يحل محل هذه الضخامة التمدد عقب مكابدة جدره لاستحالة مرضية وبذلك يزول التعادل وهذه الاستحالة الخطرة تحصل بكثرة فى أحوال الآفات العضوية للصمامات المستطيلة المدة وكذا فى أحوال الانفيزيما الرئوية يمكن أن يمضى على المريض عدة سنين بدون أن تستحيل الضخامة الدائرية للقلب الايمن المعادلة للعوائق الدورية الحاصلة من الرئة الى تمدد فى هذا العضو وبذلك يزيد الخطر على المريض ومع هذا فمن الظاهر أن استمرار مجهودات القلب الشاقة يكفى بانفراده فى استحالة الضخامة الدائرية الحقيقية للقلب الى ضخامة كاذبة ولو أن ذلك لايشاهد فى غير هذا العضو من العضلات الواقعة فى الضخامة المجبورة على فعل مجهودات شاقة عظيمة وربما أسرع فى حصول الاستحالة المرضية فى جدر القلب الضخمة وقوع المرضى فى أمراض منهكة فانه يكثر مشاهدة حالة مرضية فى الشيوخ المنهوكين ينتج فيها عن الالتهاب الشريانى المشوه ضخامة دائرية فى القلب الايسر و بعكثها مدة طويلة تنتقل الى حالة تمدد فى القلب عقب مايعترى جدره استحالة مرضية ومثل ذلك يخشاه العوام بالكلية فى الشيوخ حيث يعتقدون أن تمدد القلب أكثر الامراض خطرا عندهم

(الصفات التشريحية)

ينبغى الاحتراس من اعتبار القلب الواقع فى الفساد والتعفن ذى الجدر المسترخية الممتلئ بالدم انه اعتراه تمدد مرضى والذى يرتكن اليه فى التمييز فى مثل هذه الاحوال هو تقدم الفساد الرمى والتعفن وسهولة تمزق جوهر القلب وارتشاح مادة ملونة دموية به وعندما يعم التمدد القلب بتمامه يتغير شكله بالكيفية التى يتغير بها فى الضخامة القلبية ولكون التمدد جزئيا غالبا

وقاصرا

وقاصرا على القلب الايمن أكثر من الايسر فالقلب المتمدد يكون عريض الشكل لامستطيلا وجدر القلب وان ظهرت مسترقة الا انه لابد من التأكد بواسطة القياس بالدقة خوفا من الوقوع فى الخطا فان القول بأن جدر القلب مسترقة قليلا أو ثخينة كذلك لايجدى نفعا وجدر البطين الايسر ان كانت مسترقة فانها تهبط على نفسها عند شقها وهذا غير الواقع اذا كان القلب طبيعيا واذا كانت الاذينات متمددة تمددا عظيما مع تلاشى الالياف العضلية وتباعدها عن بعضها بحيث تظهر جدرها فى بعض المحال كأنها غشائية وكذا عندما يكون تمدد البطين عظيما جدا مع تلاشى الطبقة العضلية توجد بعض الاعمدة اللحمية خالية بالكلية عن الالياف العضلية ومستحيلة الى أحبلة ليفية وان كانت جدر القلب الواقع فى التمدد ثخينة أمكن فى بعض الاحوال معرفة ذلك بلون جوهر القلب وتماسكه وانه لم يكن معترى القلب ضخامة حقيقية بل كاذبة وفى أحوال أخرى يظهر جوهر القلب عند مجرد البحث انه على حالته الطبيعية لكن فى مثل هذه الاحوال يعد كل من الاستسقاء العام وغيره من ظواهر الاحتقانات الاحتباسية التى لا يمكن نسبتها الى آفات عضوية فى الصمامات القلبية أو غيرها من العوائق الميخانيكية الدورية وبالبحث المكرسكوبى يرى حقيقة ان القلب اعترته استحالة مرضية وبالجملة فقد توجد أحوال لايشاهد فيها بواسطة البحث المذكور استحالة مرضية ممتدة فى جدر القلب الضخمة كما يظن وجود ذلك من شدة درجة الاحتقان الاحتباسى وحيث ترتكن الى هذه الدرجة أخيرا فى معرفة درجة تناقص فعل القلب وانقباضاته العضلية اذا لم توجد عوائق ميخانيكية دورية يسوغ ارتكاننا الى مشاهدات عديدة مفعولة بغاية الدقة فنقول انه لايمكن اثبات وجود جميع الاستحالات المرضية للالياف العضلية التى بها تتناقص قوة مجهودات القلب بواسطة المكرسكوب ومن النظريات المعقولة قول المعلم (بوتكن) فى هذا الخصوص ان أعصاب القلب لاتكفى فى احداث التأثير العصبى الطبيعى عند نمو الطبقة العضلية من هذا العضو نموا عظيما ولا ينكر أن العضلات المجبورة على مجهودات شاقة مدة طويلة من الجائز أن تفقد فعلها بدون أن يحصل فيها تغيرات مدركة ولو مع وجود التناسب بين المجموع

العضلى والاعصاب |
ثم ان الفوهات القلبية تمدد أيضا مع تمدد القلب وتتسع الا ان الصمامات القلبية تحفظ خاصية الغلق التام لما يحصل فيها من الرقة كذلك والاستطالة والسعة مع استطالة أحبلة القلب اللحمية

(الاعراض والسير)

تمدد القلب يوجب عسرا فى فعله فانه حينئذ يكون مجبورا على دفع كمية عظيمة من الدم زيادة على الحالة الطبيعية بدون أن تكون قوة دفعه متزايدة فتأثير التمدد القلبى حينئذ مخالف بالكلية لتأثير ضخامته بالنسبة لتوزيع الدم وسرعة جريانه ومع ذلك فكما ان القلب السليم بازدياد مجهوداته وانقباضاته يمكنه قهر عوائق دورية متزايدة فكذلك القلب المتمدد يمكنه اتمام وظائفه بفعل انقباضات قوية مادام جوهره العضلى سليما وينعكس ذلك متى اصطحب تمدد القلب باستحالة مرضية فى جوهره فان هذا العضو حينئذ لا يكون له قدرة على فعل مجهودات قوية وانقباضات شديدة ففى مثل هذه الاحوال يصير فعله غير تام ويتضح ذلك بوجود اضطرابات فى حركة توزيع الدم والدورة وحيث ان كمية الدم المندفعة فى القلب تتناقص فلا يصل الى الشرايين منها الا قليل ولذا تكون جدرها قليلة التوتر وحجمها متناقصا وينتج عن تناقص امتلاء الشرايين كثرة امتلاء المجموع الوريدى فامتلاء كل وريد على حدته لا يصل الى درجة عظيمة مناسبة لدرجة فراغ الشرايين وزيادة على ذلك يبقى جزء من الدم الذى تقبله الشرايين بقلة ما كثا فى تجويف القلب الذى لا يخلو منه خلوا كاملا وعلى حسب ذلك تتضح اعراض فراغ المجموع الشريانى بسرعة ولو خفت درجة المرض وكانت أسرع من ظواهر امتلاء المجموع الوريدى واحتباس الدم فيه وكذا امتلاء الاوعية الشعرية يزيد عن الحالة الطبيعية فان استفراغ الدم منها فى الاوردة الممتلئة يصير معوقا ومع هذا فتوتر جدر الشرايين ولو كانت قليلة الامتلاء يكون أعظم من توتر جدر الاوعية الشعرية بحيث ان جريان الدم من الشرايين القليلة الامتلاء لم يزل مستمرا فى الاوعية الشعرية وأخيرا يحصل بطء فى الدورة حيث انه لا يندفع بكل حركة انقباض بطينى الا كمية قليلة من الدم فيكتسب هذا

السائل صفة وريدية بسبب كثرة تحمله بحمض الكربون وقلة الاكسجين لقلة وروده الى الرئتين وتحبونه فيهما

وأما اذا تضاعف تمدد القلب الجزئى بآفة عضوية فى الصمامات أو بانفيزيما رئوية أو بغير ذلك من أمراض الرئتين التى تحدث عوقا فى الدورة فلا يمكن الحكم بان كلا من قلة امتلاء المجموع الشريانى وكثرة امتلاء المجموع الوريدى وبطء الدورة واكتساب الدم للحالة الوريدية متعلق بالمرض الاصلى أو بالتمدد القلبى ومع ذلك فمن المعلوم انه فى أحوال وجود عوائق فى الصمامات أو انفيزيما رئوية أو نحو ذلك متى كان جزء القلب الكائن امام العائق الدورى ليس فى حالة تمدد بل فى حالة ضخامة دائرية يمتنع حصول الاضطرابات الدورية وعدم انتظام توزيع الدم كما ذكرنا فيما مر فوجودها يعطى لنا دلالة أكيدة على انه عند وجود الاضطرابات الدورية المذكورة فى درجة عظيمة جدا لم يستحل تمدد القلب الى حالة ضخامة دائرية فيه أو ان ضخامة القلب الدائرية استحالت الى حالة تمدد فيه ثم انه على حسب اختلاف مجلس التمدد الجزئى فى القلب يختلف امتداد العوائق الدورية المتعلقة به ومجلسها وسنتكلم على ذلك عند الكلام على الآفات العضوية الصمامية التى تحدث تمددا فى كل من تجاويف القلب على حدته كما اننا ذكرنا فى مبحث الانفيزيما الرئوية تأثيرحالة البطين الايمن وتمدده مفصلا مع الدقة وانما ننبه هنا على عرض مخصوص وهو الخفقان القلبى الذى يشاهد فى كل من التمدد الجزئى للقلب والعمومى له فانه لا يندر أن يزول احساس المريض بالخفقان القلبى الشديد الذى يحس به فى قسم القلب وذلك متى استحال تمدد القلب الى حالة الضخامة كما انه لا يندر أن يعود الخفقان اذا اعترى القلب الواقع فى الضخامة استحالة مرضية فان الاحساس بخفقان القلب لا ينتج عن مجهودات انقباضات القلب الواقع فى الضخامة ولو حصل منها ارتجاج فانها حاصلة بدون مجهودات بل ينتج عن انقباضات القلب الغير الضخم الحاصلة بمجهودات شاقة ولذا تشتكى الاشخاص القليلة الدم الانيماويون بخفقان القلب أكثر من المصابين بامراضه وأكثر هذه الامراض انتاجا للخفقان القلبى هو التمدد والالتهاب والاستحالة المرضية لجوهر القلب وفى أحوال

تمددات القلب العمومية الناشئة عن قلة مقاومة جدره بسبب ما يعتريها من الاستحالة المرضية يعسر الحكم على درجة تعلق الاضطرابات الدورية وتوزيع الدم توزيعا غير طبيعي بحيث لا يعلم هل هي متعلقة باستحالة القلب المرضية أو بتمدده وعلى كل فتمدد القلب له تأثير عظيم في انتاج العوارض المذكورة فانه من المعلوم بالمشاهدات الاكلينيكية ان استحالة القلب المرضية الخالية عن تمدده التي لا يندر مشاهدتها في الاشخاص الانيماويين يسهل تحملها ويقل ظهور الاضطرابات الدورية فيها عما يشاهد في أحوال الاستحالات المرضية للقلب المصحوبة بتمدد فيه

والاعراض الابتدائية التي تشاهد في هذا الشكل من التمدد القلبي هي كما ذكرنا التشكي بالخفقان القلبي الذي لا يكون في نسبته موازنة للاحساس بضربات هذا العضو المدركة للطبيب وينضم اليه بسرعة ضيق في النفس الناشئ عن امتلاء الاوردة الرئوية والاوعية الشعرية لهذا العضو وبطء الدورة وضيق النفس هذا يزداد بالكلية عند الصعود على نحو السلم أو الجبال أو غيرها من المجهودات العضلية ويكاد أن لا يكون محسوسا بالكلية في الابتداء عند ما يكون الجسم في الراحة التامة ولون المرضى يكون في هذا الزمن باهتا بسبب قلة المجموع الشرياني لكن لا يكون المجموع الوريدي في الابتداء ممتلئا امتلاء عظيما جدا بحيث ينشأ عنه اللون السيانوزي والاستسقاء وينضم لذلك الاحساس بالضعف العام والهبوط والتعب السريع بأقل مجهودات عضلية وجميع هذه الظواهر تنتج كما ذكرنا عن اكتساب الدم للحالة الوريدية وعند تقدم هذا المرض يزداد كل من خفقان القلب وعسر التنفس فلا يكون للمرضى طاقة على فعل أي مجهود عضلي اذ عند فعله يضيق نفسها بالكلية وتكتسب الشفتان والوجنتان لونا مزرقا واضحا ويعظم حجم الكبد وينتفخ بسبب الاحتقار الوريدي الاحتباسي الحاصل فيه ويظهر في الاطراف خصوصا نحو الكعبين انتفاخ أوذيماوي في المساء وعند ما تشتد درجة هذا المرض اشتدادا عظيما تشتكي المرضى بضيق عظيم في النفس ولو كان جسمها في الراحة التامة ويصل هذا الضيق الى درجة لا تطاق عند فعل أقل مجهود عضلي ويصير النبض صغيرا غير منتظم

ومتقطعا

ومتوسطا غالبا والبول القليل المتركز يرسب منه عند تركه للراحة رواسب من بولات الصودا فان كمية الماء القليلة الموجودة فيه لا تكفي في حفظ هذا الملح منحلا عند انخفاض درجة الحرارة وكثيرا ما يظهر الزلال في البول مدة هذا الزمن بكمية قليلة أو عظيمة وحينئذ تصير الشفتان والوجنتان في هيئة سيانوزية واضحة ويتمد الاستسقاء من الكعبين للساقين ثم الى الفخذين ثم الى الصفن وجدر البطن وكذا الاطراف العليا والوجه وتحصل انسكابات مصلية في تجويف البطن والصدر وتنتهي حال المرضى بالهلاك عقب ظهور الاوذيما الرئوية والشلل الشعبي وكل طبيب مشتغل بالطب العملي لابد وان يشاهد في كل سنة شيوخا ونساء متقدمين في السن تهلك مع التألم الشاق عقب ظهور الاعراض المذكورة ولو مع بعض تنوع فيها

وتمدد القلب الذي يعتري هذا العضو عقب اصابته بالضخامة الدائرية في أحوال الالتهابات الشريانية الباطنة المنتشرة المشوهة يسير بظواهر مرضية مشابهة لما ذكرناه في الشكل السابق حتى لا يمكن للطبيب في جملة أحوال تمييز هذين الشكلين ولا غرابة في ذلك متى علمنا ان الالتهاب الشرياني الباطني المشوه لا ينشأ عنه اضطرابات دورية مادام مصحوبا بضخامة دائرية في القلب وان الظواهر المرضية الابتدائية لا تشاهد الا اذا اعترى القلب الواقع في الضخامة استحالة مرضية تابعية وصارت هذه الضخامة كاذبة وصارت قوة تعادلها للاضطراب الدوري غير تامة ومع ذلك فان شوهدت مريضا متقدما في السن قد اعتراه اللون السيانوزي والاستسقاء وتأكد بالبحث الطبيعي وجود تمدد القلب وأن الشرايين الدائرية ذات تعرجات عديدة وان ضرباتها ولو الصغيرة واضحة جدا وجدرها صلبة يابسة فالغالب انه اعتراها التهاب شرياني باطني مشوه وتمدد في القلب تابع لضخامته الدائرية واما ان فقدت الظواهر المذكورة من الشرايين الدائرية فالظاهر القريب للعقل ان الاستحالة المرضية للقلب هي الابتدائية وأن تمدد هذا العضو تابعي لها

وبالبحث الطبيعي لا يظهر بالجس تحدب قسم القلب الذي يشاهد احيانا في أحوال الضخامة الدائرية لهذا العضو وبالجس يحس بضربات قمة

القلب عند تمدده تمددا عظيما جهة الاسفل والوحشية وكثيرا ما تكون هذه الضربات ضعيفة وقد لا تدرك بالكلية وفى أحوال أخرى تكون قوية سيما عقب فعل مجهودات شاقة بحيث ان ضربات القلب المتمدد تشابه فى هذه الحالة بالنسبة لقوتها ضربات القلب الواقع فى الضخامة لكن ضربات القلب الرائعة لجدر الصدر لا تشابهها بالكلية فى أحوال التمدد البسيط لهذا العضو وبالقرع يتضح لنا امتداد أصمية القلب امتدادا مشابها لما شرحناه فى الضخامة القلبية بحيث يقال على العموم ان امتداد أصمية القلب مع ازدياد ضرباته وقوتها علامة على الضخامة القلبية وان امتداد أصمية قسم القلب مع ضعف ضرباته علامة على تمدد القلب وكذا تمدده القاصر على البطين الايسر الذى يصحب عادة عدم كفاية غلق الصمام الابهرى تغير صوت القرع بالكيفية التى ذكرناها فى الضخامة الدائرية فى هذا التجويف وعند تمدد البطين الايمن يصير صوت القرع اسفل القص والحافة اليمنى له من ابتداء الضلع الثانى الى الخامس أو السادس أصم وأما تمدد الاذين الايسر فلا يمكن معرفته لكونه نحو الخلف وعند التسمع تسمع ألغاط القلب الطبيعية ضعيفة جدا مع انها فى أحوال ضخامة القلب كانت قوية عالية ومع ضعفها تكون نقية وذلك ناشئ عن كون الصمامات الشريانية البطينية وجدر الشرايين لا تتموج الا قليلا بانقباضات القلب الضعيفة وفى أحوال أخرى تكون أصمية ألغاط القلب غير واضحة فى البطينين لان كلا من الاعمدة اللحمية وجدر القلب واقع فى حالة ضخامة بحيث لا تتوتر الصمامات عند انقباضهما الا توترا ضعيفا وبالجملة قد يسمع فى قسم القلب المتمدد بدلا عن ألغاط القلب الطبيعية ألغاط مرضية لا يحكم بها على وجود آفات عضوية فى الصمامات وهذه الالغاط منشؤها عدم انتظام التموجات الاهتزازية التى تعترى الصمامات المتوترة توترا غير تام بالدم القارع عليها وتشابه الألغاط التى تسمع ولو بدون تمدد فى القلب عند وجود اضطرابات عصبية فى هذا العضو وفى الامراض الحمية وفى أحوال استرخا الطبقة العضلية للقلب كالتى تشاهد فى الاشخاص الانيميين مع استرخاء فى مجموع الجهاز العضلى بتمامه

(المعالجة)

القواعد المؤسس عليها معالجة تمدد القلب تستنتج مما ذكرناه في كيفية ظهور هذا المرض واسبابه فيجتهد من جهة في تحسين تغذية الجسم وتنظيمها على حالة طبيعية وبذلك يمكن تجنب تناقص مقاومة جدر القلب المرضية ومن جهة أخرى فصون المريض من جميع المؤثرات المضرة التي بها يتعسر او يعاق فعل القلب واذا كان من الجيد استعمال اغذية مقوية لكن يجب على المريض ان لا يتعاطى منها كمية عظيمة مرة واحدة بل الاجود تكرار تعاطي الطعام على مرار واحسن ما يوصى به البيض والامراق خصوصا الالبان ويحصل لبعض المرضى تقدم عظيم جدا في الصحة عند الاقتصار على الاغذية اللبنية وعند وجود أعراض انيماوية أو استسقائية يؤمر المريض باستعمال المركبات الحديدية ومن المشهور انها ليست منبهة بل مقوية فقط ويمنع المريض من الحركات العنيفة الشاقة ويقلل استعمال المشروبات الروحية ما أمكن بدون قطعها عن المعتاد عليها دفعة واحدة وان انتفخ الكبد وصار لون المريض سيانوزيا وانتفخ الكعبان انتفاخا اوذيماويا وجب استعمال الديجيتالا وكنت أظن سابقا طبقا للنظريات القديمة للمعلم (تروبه) بالنسبة لتأثير الديجيتالا في قوة انقباضات القلب وتوتر المجموع الشرياني ان هذا الجوهر الدوائي لا فائدة فيه في أحوال تمدد القلب بل استعماله خطر فيه وعما قليل من السنين ثبت عندي ارتكانا على كثير من المشاهدات الاكلينيكية ان الديجيتالا جوهر دوائي قوي التأثير ينتج عنه شدة وقتية في انقباضات القلب وبذلك يزول كل من اللون السيانوزي والاستسقاء وحينئذ فاستعمال هذا الدواء مع تدبير الغذاء اللبني واسطة علاجية ذات منفعة عظمى في تمدد القلب اذ كثيرا ما يمكن ازالة الارتشاحات الاستسقائية بالكلية مدة من الزمن بهذه المعالجة ويجب على الاطباء المشتغلين بالصناعة العملية لاجل تقدم علم المعالجة ان يلتفتوا للنتائج العلاجية في الجسم البشري المريض لا للتجارب بالجواهر الدوائية في الكلاب وقد أدت التجارب الاخيرة للمعلم (تروبه) نتائج مخالفة بالكلية لنتائج التجارب القديمة بهذا الجوهر في الحيوانات غير أن هذه النتائج مطابقة لتجارب الطب العملي والعادة ان تستعمل الديجيتالا منقوعة انما ننبه على ان تأثيرها

يختلف باختلاف محل منبتها اذ قد يشاهد من تاثير الديجتالا التى تنبت فى بلاد (برنمبرغ) ظواهر تسممية عظيمة ولو استعملت بمقدار صغير والعادة أن يؤمر بمنقوع ماخوذ من خمسة ديسى جرام (اى عشر قمحات) على مائة وخمسين جراما (اعنى خمس أواق) من الماء ولا تعطى هذه الجرعة زيادة عن مرتين وأغبا فى الاحوال الخطرة جدا يؤمر بدلا عن المنقوع بصبغة الديجتالا الاثيرية فيعطى منها اربع مرات كل يوم من ١٢ نقطة الى ١٥ والظاهر أن للمركبات الزرنيخية والانتيمونية تاثيرا فى القلب مشابها لتاثير الديجتالا نهما واسطتان علاجيتان مهمتان فى جميع امراض القلب التى ينتج عنها ضعف فى فعله والمعلم (ابلو) يوصى باستعمال حمض الزرنيخوز بمقدار اثنين مللى جرام (اعنى جزأ من ثلاثين من قمحة) فى كل يوم ويوصى أيضا بزرنيخات الانتيمون فيعطى منه مرتين كل يوم بمقدار مللى جرام واحد كل مرة (اعنى جزأ من ستين من قمحة) على شكل حبوب

(المبحث الثالث)

(فى ضمور القلب)

صغر حجم القلب الخلقى يشاهد بالاكثر تبعا للمعلم (روكتنسكى) عند الاناث الواقف فيهن نمو بعض اجزاء الجسم لاسيما الاعضاء التناسلية ولا نعلم كيفية حصول ذلك ومنشئه

واما الضمور العارضى للقلب فيشاهد فى أحوال عديدة منها النهوكة العامة كالتى تحصل فى أثناء سير السل الرئوى وسوء القنية السرطانى وسن الشيخوخة بل وفى بعض الامراض الحادة المستطيلة المدة كالتيفوس يمكن أن يؤدى لضمور القلب ومن المعلوم أن تعاطى الاغذية بكمية عظيمة جدا وان كان لا يكفى بانفراده فى ازدياد أنياف الطبقة العضلية من القلب الا أن امتناع التغذية أو النهوكة يمكن أن يؤدى الى ضمور فى الجوهر العضلى من القلب كما يؤدى لضمور فى جميع عضلات الجسم ومنها اذا كان القلب عرضه لضغط قوى واقع عليه من الظاهر كما تضمر عضلات الاطراف اذا وقع عليها ضغط من نحو جبائر او اربطة مدة طويلة من الزمن فضمور القلب يصاحب حينئذ الانسكابات التامورية العظيمة والتيبس الليفى للتامور وتجمعات

العظيمة الشحمية على هذا العضو ومنها حصول الضمور المذكور عقب تضايق فى الشرايين الاكليلية فان ذلك ينتج عنه قلة توارد السائل المغذى الى جوهر هذا العضو

(الصفات التشريحية)

فى أحوال صغر حجم القلب الخلقى يصير حجم قلب شخص بالغ فى حجم طفل سنه من ٥ سنين الى ٦ كما ذكره (روكتنسكى) وجدر هذا العضو تكون مستدقة وتجاويفه ضيقة وصماماته رقيقة

واما الضمور العارضى فيكاد يكون دائما مركزيا يعنى ان رقة جدر القلب تكون مصحوبة بتضايق فى تجاويفه ويشاهد زيادة عن صغر حجم القلب فى هذا الشكل من الضمور تمييز له عن الشكل السابق ضمور فى الطبقة الشحمية من القلب وارتشاح مصلى فى جوهره الخلوى الذى كان مترا كما فيه من قبل الجوهر الشحمى ويكون التامور ذا لون متعكر والبقع المبيضة (المسماة باللطخ الوترية) التى كثيرا ما توجد على ظاهر القلب تكون متثنية والشرايين الاكليلية كثيرة التعرج والغشاء الباطن من القلب داكن اللون والصمامات الاذينية البطينية منتفخة وطبقة القلب العضلية منتقعة اللون متناقصة القوام وفى أحوال أخرى يكون جوهر القلب متيبسا داكن اللون وقد نبه (بمبرجر) على انه فى غالب أحوال الضمور المركزى للقلب كثيرا ما يوجد سائل مصلى متجمع فى التامور بكمية عظيمة يشابه تجمع السائل فى تجويف الجمجمة عند ضمور الدماغ أعنى الاستسقاء الدماغى الناتج عن الفراغ

وأما الضمور البسيط للقلب فنادر وحينئذ يكون حجم القلب طبيعيا وجدره مستدقة وحجمه فى هذه الحالة يكون ناشئا عن اتساع فى تجاويفه بحيث يطابق هذا الشكل تمدد القلب المذكور فى المبحث السابق وكذا يقال فى الضمور الدائرى للقلب فانه يطابق بالكلية تمدد القلب بحيث يتعسر على الطبيب بالكلية الحكم بكون رقة جدر القلب اما بسبب تمددها العظيم وضمور اليافها العضلية ونتيجة كلتا الحالتين ليست واحدة فان القلب المتمدد اذا كانت جدره مع ذلك مسترقة كما يشاهد عند حصول تجمع شحمى

على القلب أو تحت ندبى فى التامور متخلف عن التهاب تامورى مزمن نرى ان قوة دفع القلب متناقصة جدا زيادة عما نراها فى أحوال التمدد البسيط

وبالجملة فقد يشاهد صغر عظيم وضمور فى البطين الايسر من القلب عقب تناقص امتلاء هذا التجويف وذلك اذا كان هناك تضايق فى الصمام الاذينى البطينى اليسارى

(الاعراض والسير)

صغر حجم القلب الخلقى ينتج عنه تبعا للمعلم (بيتيك) اغماء متكرر وتبعا للمعلم (هوب) يشاهد عند المرضى المصابين به زيادة عن الاغماء المتكرر ورداءة تغذية الجسم تناقص عظيم فى قوة المجموع العضلى وخفقان واعراض انيميا أو خلوروز

وأما ضمور القلب العارضى فتختلف ظواهره بحسب كونه ظاهرة من ظواهر النهوكة العامة أو كونه أصليا وغير تابع للانيميا ولا للضمور العام من الجسم ففى الحالة الاولى تكون اعراض هذا المرض غير واضحة بل ولا يمكن الحكم فى الحالة الراهنة بأن كان تناقص قوة دفع القلب ناتجة عن ضعف فى قوة الانقباضات العضلية من القلب أو من ضمور طبقته العضلية وفى كلا الحالتين يتناقص امتلاء الشرايين ويزداد امتلاء الاوردة بتراكم الدم فيها لكن حيث ان كتلة الدم تكون متناقصة فلا تحصل ظواهر دالة على امتلاء الاوردة امتلاء عظيما ومن النادر ان يشاهد فى أحوال ضمور القلب الذى يكون ظاهرة من ظواهر النهوكة العامة استسقاآت شديدة وتلون سيانوزى واضح فان كلا من التلون السيانوزى فى الشفتين والتمددات الوريدية فى وجنة الشيوخ والانسكابات القليلة فى المنسوج الخلوى تحت الجلد فى الاقدام واليدين الباردتين والمزرقتين قليلا يتعلق بعضه بتناقص قوة دفع القلب وبعضه بضمور الرئتين وغير ذلك فان مجموع هذه الظواهر ينتج عن الضمور كما ذكرناه

ويختلف ذلك فى الاحوال التى فيها ضمور القلب يكون ناتجا عن اضطرابات غذائية موضعية فى هذا العضو أو ضغط مستمر واقع عليه أو تضايق فى

الشرايين الا كايلية فان المرضى هنا تشتكي بخفقان قلبي عظيم وهو عرض يشاهد في جميع الاحوال التي فيها الاتتم الدورة الا بجهودات عظيمة في فعل القلب كما ذكرنا ذلك سابقا وهنا ينشأ أيضا عن قلة امتلاء الشرايين امتلاء عظيما في الاوردة وعن بطء الدورة تقدم في الحالة الوريدية من الدم واحتياج عظيم لسرعة التنفس وقد تكتسب المرضى لونا سيانوزيا ويظهر عندهم استسقاء عمومي وضيق عظيم في التنفس وان كان القلب مع ذلك مفقدا انضم سبب آخر لامتلاء الاوردة وبطء الدورة وحينئذ ترتقي الظواهر المرضية المذكورة الى أشد الدرجات وتحصل بسرعة وتصل لدرجة عظيمة متى انضم لهذين السببين سبب ثالث نتيجته كنتيجة السببين السابق ذكرهما ويضاعفهما غالبا وهو الاستحالة الشحمية للطبقة العضلية من القلب ومثل هذه الاحوال كثير الحصول فان جميع الاشخاص المنهوكين من منذ زمن طويل الذين اعتراهم السيانوز والاستسقاء بدون ان يكونوا مصابين بآفات في صمامات القلب يوجد عندهم في الغالب ضمور وتمدد واستحالة شحمية في جوهر القلب واصطحبت هذه التغيرات المرضية بالتهاب شرياني باطني مشوه أولا

ثم انه بالبحث الطبيعي قد يمكننا الاستدلال على ضمور القلب فضربانه تكون ضعيفة جدا أولا تدرك متى كان المريض في الراحة التامة وتتناقص أصمية في بعض الاحوال كما تتناقص حجمه أيضا وليس لهذا المرض أهمية تشخيصية الا اذا أمكن الطبيب الحكم بان صغر حجم القلب هو السبب للانفيزيما المرضية التي بها تمدد الرئة وفي أحوال أخرى تكون أصمية القلب طبيعية وذلك في الاحوال التي فيها يملئ الفراغ الناشئ عن ضمور القلب بارتشاح في التامور ولا تمدد في الرئة وبالجملة في أحوال أخرى فيها تضمر الرئتان كذلك قد يصير ارتشاح التامور عظيما جدا بحيث ان أصمية القلب تتزايد وعين ذلك يشاهد في الاحوال التي فيها يحصل ضمور في جدر القلب مع تمدد في تجاويفه وأصوات القلب كما أنها تكون قوية عالية في ضخامة هذا العضو تصير ضعيفة غير واضحة في ضموره أو انها تصير غير نقية وقد تظهر ألغاط مرضية وجميع هذه الظواهر تنتج عن عين الاسباب المحدثة لتغير ألغاط القلب كما ذكرنا ذلك في المبحث السابق

(المعالجة)

لا يمكن التكلم على معالجة ضمور القلب ومن المعقول الواضح انه ينبغى تجنب المجهودات العضلية واعطاء غذاء مقوّ ويسمح للمريض بتعاطى قليل من النبيذ (اذ يقال فى النبيذ انه لبن الشيوخ)

(المبحث الرابع)

(فى التهاب الغشاء الباطن للقلب)

(كيفية الظهور والاسباب)

لنتبع بالكلية رأى المعلم (ورجوف) فى بيان كيفية ظهور هذا المرض فانه يقول ان حصول نضح سائب فى التهاب الغشاء الباطن للقلب أمر غير ثابت بل فيه شك عظيم ويعتبر هذا الالتهاب حينئذ مثل التهاب غشاء الشرايين الباطن الذى هو ينبوع لحالة تسمى بالاثيروم اى الاستحالة العجينية الكاسية التهابا جوهريا فيعد من جملة الالتهابات الجوهرية ويعنى بالالتهاب الجوهرى كل اضطراب غذائى قوى ينشأ عن مهيج لاواسطى غير ناتج عن نضح بين العناصر الطبيعية لجوهر الاعضاء بل عن انتفاخ فى نفس العناصر الطبيعية يؤدى الى نمو مرضى فى الخلايا الطبيعية وفى أحوال التهاب الغشاء الباطن للقلب لا يبتدئ الالتهاب من الطبقات الغائرة من هذا الغشاء بل من طبقاته السطحية فانه من المعلوم ان الغشاء الباطن للقلب يكون على حسب رأى المعلم (لوسكا) من الثلاث طبقات التى تكون فيها جدر الشرايين والاوردة فتنتفخ هذه الطبقات السطحية وتتحلل بمادة سائلة هيأتها كالمادة المخاطية يعنى انها تتعقد على شكل اخيطة عند اضافة قليل من حمض الخليك اليها ومع ذلك فتتكوّن الخلايا بعدد عظيم جدا وعما قليل من تكوينها تتعضون هذه الاخلية الى منسوج خلوى وانما فى أحوال نادرة أعنى فى أحوال التهاب الغشاء الباطن للقلب التقيحى يصير تكوين هذه الاخلية ونموها بقوة عظيمة جدا بحيث ان جوهر العضو يتلاشى ويذوب فينتج من ذلك فقد جوهر اى تقرح

ثم ان اسباب التهاب الغشاء الباطن للقلب قليلة الوضوح ويندر أن يكون حصول هذا المرض من تأثير مهيجات لاواسطية أثرت فى الغشاء الباطن

للقلب

للقلب فلم يشاهد المعلم (بمبرجر) الا حالتين مرضيتين من هذا المرض حاصلتين من اسباب ظاهرة بوحية ويثبت من كثرة اصابة الصمامات القلبية والفوهات أن التهاب الغشاء الباطن للقلب الناتج عن اسباب باطنة يصيب بالاخص اجزاء القلب المعرضة للاحتكاك والتوتر عند دفعل هذا العضو وانقباضاته فكما ان الشريان الرئوى الذى يندر أن يكون مجلسا للاستحالة الاثيروماتية المعبر عنها عموما بالتهاب الشرايين يصاب بكثرة بهذا المرض عند مايعتريه تمدد مرضى عقب اصابة البطين الايمن بالضخامة وكما ان الاوردة يعتريها الاستحالة الاثيروماتية اذا حصل فيها تمدد مرضى عقب استطراقها بشريان ودخول التيار الدموى فيها فكذلك تكثر اصابة المحال الضيقة من القلب اى الفوهات لاسيما الاجزاء الصمامات التى تحتك مع بعضها مدة غلقها كاسطحة الصمامات المتجهة نحو تجويف البطن من الصمام القلنسوى وذى الشرافات الثلاث والسطح المحدب من الصمامات السينية

وحصول التهاب الغشاء الباطن للقلب حصولا أوليا ذاتيا أعنى انه يصيب شخصا سليما من قبل عند تعرضه لتأثير برد مثلا وان كان مشكوكا فيه الا انه جائز الحصول فان كثرة وجود آفات عضوية فى الصمامات عند أشخاص لم تصب مطلقا بعرض حاد يدل تقريبا على ان الالتهاب الذاتى المزمن للغشاء الباطن من القلب ليس نادر الحصول

واكثر مايشاهد هذا الالتهاب فى اثناء سير الروماتزم المفصلى الحاد ويسهل حصوله كلما كثر عدد المفاصل المصابة كما قاله (بمبرجر) وليس من المهم التعرض للنظريات فى حصول هذه المضاعفة حيث لاطائل فيه ومع كون الروماتزم المفصلى الحاد هو السبب الاكثر انتاجا لهذا الالتهاب فقد عرف الآن عدد عظيم من الروماتزم الحاد الغير المصحوب بهذه المضاعفة فى اثناء سيره اكثر مما كان يظن سابقا ولا يترتب على وجود اللغط المنفاخى بانفراده الذى كثيرا مايسمع فى اثناء سير الروماتزم المفصلى الحاد أن يحكم بوجود التهاب فى الغشاء الباطن للقلب فان مثل هذا اللغط الذى يسمع فى نصف أحوال هذا المرض يتعلق معظمه بعدم انتظام توتر الصمامات القلبية الناتج عن الحركة الحمية وعدم انتظام فعل القلب أيضا وثوران انقباضاته وكثرة تضاعف

الروماتزم بالتهاب الغشاء الباطن للقلب تبعا لتقاويم المعلم (بعبرجر) تبلغ نحو العشرين فى المائة

ويعقب ذلك فى الكثرة مضاعفة التهاب الغشاء الباطن للقلب للالتهاب الكلوى الجوهرى المعروف بداء برکت الحاد والمزمن والاستعداد للاصابة بهذا المرض كالاستعداد للاصابة بالتهاب غير هذا الغشاء من الاغشية المصلية والتهاب الرئتين ونحو ذلك الناشئ عن هذا المرض الكلوى غير معلوم لنا

وينضم لذلك التهاب الغشاء الباطن للقلب الذى يظهر فى اثناء سير الامراض الحمية الحادة لاسيما الامراض التسممية الحادة واكثر هذه الامراض الاخيرة انتاجا لالتهاب الغشاء الباطن للقلب حمى النفاس خلافا للمعلم (وندلرش) زاعما ان اكثر الاسباب احداثا لهذا المرض هى الحصبة بعد الروماتزم المفصلى الحاد ولا يعد ذلك طبقا لتجارب كل من المعلم بلروت وو بر القائلين بان دم الشخص المصاب بالحمى يعتبر كهيج التهابى وان كل شخص مصاب بحمى شديدة مهما اختلف السبب المحدث لها يكون عرضة للخطر بالاصابة بالتهابات ثانوية فى الاعضاء المختلفة لاسيما بالتهاب الغشاء الباطن للقلب وهذا القول ان وافق الصواب كان توجيه كثرة مضاعفة التهاب الغشاء الباطن للقلب بالروماتزم المفصلى الحاد أمرا سهلا لان الحمى فى هذا المرض تصل الى درجة عظيمة جدا

وكثيرا ما ينشأ التهاب الغشاء الباطن للقلب عن آفة عضوية فى صمامات هذا العضو اذ من التجارب المشاهدة ان الشخص الذى اعترته آفة عضوية بسيطة فى صمامات القلب عقب الاصابة بالروماتزم الحاد كثيرا ما يوجد عنده بعد قليل آفة عضوية مضاعفة فى الصمامات بدون ان يطرأ عليه نوبة أخرى من الروماتزم المفصلى بحيث لا بد وان ينسب ذلك الى التهاب خفى فى الغشاء الباطن للقلب

وقد يعتبر التهاب الغشاء الباطن للقلب امتدادا عند انضمامه الى الالتهاب العضلى للقلب او الى التهاب التامور وينـدر ان يمتد الالتهاب من الرئة او البليورا الى الغشاء الباطن للقلب

(الصفات التشريحية)

حيث ان الآفات العضوية الخلقية للصمامات التي ينتج بعضها من التهابات في الغشاء الباطن للقلب تكاد لا تشاهد الا في القلب الايمن فمن الجائز القول بان هذا الالتهاب الذي يحصل مدة الحياة داخل الرحم يصيب على الخصوص القلب الايمن وأما مدة الحياة خارج الرحم فالتهاب هذا الغشاء لا يشاهد الا في القلب الايسر ويكاد لا يصاب جميع الغشاء المبطن لباطن القلب في جميع امتداده بل الذي يصاب بعض اجزائه فقط كالصمامات ولاسيما اجزاء الصمامات التي ذكرناها فيما تقدم فانها هي التي تكون منشأ للالتهاب

والعلامات التشريحية الابتدائية لالتهاب الغشاء الباطن للقلب هي احمرار هذا الغشاء واحتقانه ومع ذلك فلا يمكن مشاهدة هذا الالتهاب في هذا الدور الا في احوال نادرة وتنبه على انه يجب الاحتراس من اختلاط الاحمرار الاحتقاني للغشاء الباطن من القلب بالتشرب الرمي له الذي هو ظاهرة رمية وقد برهن المعلم (فورستر) على انه يمكن تمييز الاحمرار الاحتقاني الكائن حول أجزاء اعترتها تغيرات مرضية اخرى عن احمرار التشرب الرمي بالصفات الآتية وهي ان هذا الاحمرار الاخير يكون قاتما وقاصرا على الطبقات السطحية فقط واما الاحمرار الاحتقاني فانه يوجد في الطبقات الغائرة للاوعية الشعرية كالطبقات الغمدية التي يرى فيها الاوعية الشعرية بالمكرسكوب ممتلئة بالكرات الحمراء من الدم

ويحصل بسرعة في الغشاء الباطن للقلب رخاوة وانتفاخ بسبب تكاثف طبقته السطحية وانتفاخها ووصف المعلم (ورجوف) هذا الانتفاخ بانه متكون من مادة متجانسة شفافة مشتملة على عدة من الخلايا بحيث يظهر عند النظر اليها كانها تتكون من اخلية بشرية تامية ومتجمعة

وزيادة عن هذا الانتفاخ المنتشر يظهر في الغشاء الباطن للقلب فيما بعد خمل محمر سنجابي رقيق يكسب هذا الغشاء هيئة حبيبية وهذه الحبيبات تستحيل احيانا بسرعة الى حلمات مخينية ذات تحببات غليظة وهذه الحلمات تكون غالبا يابسة نحو قاعدتها واما نحو طرفها المستدير فانها تكون رخوة هلامية ويوجد في قاعدتها منسوج خلوي ضام جديد التكوين تامه واما نحو طرفها

فانه يكون مشتملا على اخلية لم تتعض اى لم تستحل الى منسوج خلوى ضام فهذه التولدات المعبر عنها بالتولدات الفطرية للصمامات تعتبر كذلك نموا فى المنسوج الخلوى للغشاء الباطن من القلب وهذه التولدات الحلمية تكون حول الصمامات الوريدية نوع حوية مختلفة العرض بقرب اطراف الصمام وتمتد من هنا الى أصفار اخرى خصوصا جهة الاحبلة الوترية واما فى الصمامات السينية فانها تمتد من الشرافات الصمامية وينبغى الاحتراس من الوقوع فى الخطا واختلاط التجمعات الليفية التى تحصل على الاجزاء الغير الملساء من الصمامات وتغطيها بالتولدات الفطرية الحلمية

ثم ان هذه الانتفاخات التى قوامها ينتقل فيما بعد من الحالة الهلامية الى قوام نصف غضروفى وتؤدى الى ثخانة فى الصمامات وتيبس فيها بل والى قصرها وانكماشها هى الاسباب الاكثر انتاجا للآفات العضوية فى الصمامات وهذه التولدات يحصل فيها تصلب فيما بعد بحيث انها تتكلس فتغطى الصمام بمادة جيرية حبيبية

وقد ينضم للتغيرات التشريحية الاعتيادية لالتهاب الغشاء الباطن للقلب ظواهر تشريحية أخرى نادرة كتمزق صمام القلب ويوجد ذلك برخاوة الصمام ولينه بسبب الالتهاب الذى يعترى الغشاء الباطن من القلب واكثر ما يتمزق الاحبلة الوترية خصوصا ولا بد يعاق توتر الصمامات عوقا عظيما جدا فى اثناء حركة السستول وفى احوال اخرى قد يتميز نفس الصمام وقد لا يتمزق الا احد اسطحته فالدم الداخل من محل التمزق يدفع السطح الآخر ويحدث فيه انبعاجا على شكل جيبى وحينئذ يتكون عنه ما يسمى بانيوريزما الصمام ويندر جدا تمزق الغشاء الباطن للقلب فى صفره ملامس للجوهر العضلى من القلب وحينئذ فمن الجائز اندفاع الدم بقوة الى محل التمزق فيمدد جوهر القلب فى الجزء الملتهب فيتكون من ذلك الانيوريزما القلبى الحاد بدرجات مختلفة وهذا التمدد الانيوريزماوى الحاد للقلب يكون على شكل جيب مستدير ملتصق بجوهر القلب محدود فى مبدئه بالغشاء الباطن للقلب المتمزق المشرزم وجدره متكونة من الجوهر العضلى للقلب المتمدد

ومثل هذه التمزقات فى الاهمية والعاقبة التصاقات الاحبلة الوترية

واطراف الصمامات سواء كان التصاقها ببعضها او بينها وبين جدر القابه وهذه الالتصاقات نتيجة لالتهابات الغشاء الباطن للقلب أيضا وحيث انه بالتصاق الاحبلة الوترية هي واطراف الصمامات ببعضها يحصل تضايق عظيم جدا في الفوهات الصمامية الوريدية وبالتصاق الصمامات والاحبلة الوترية بجدر القلب يمتنع بالكلية انغلاق الصمام مدة حركة الستول فسنتكلم على ذلك مفصلا عند الكلام على الآفات العضوية للصمامات وتوجيه حصول هذه الالتصاقات اصعب من توجيه غيرها من التغيرات التشريحية الناشئة عن التهاب الغشاء الباطن من القلب وذلك لان القلب في فعل وحركة دائمين بحيث يترتب على ذلك ان الاجزاء الملتصقة ببعضها لم تزل تتقارب وتتباعد على التناوب

وفي احوال الالتهاب التقرحي للغشاء الباطن من القلب يشاهد فقد جوهر غير منتظم محدود تحديدا واضحا ويكون حوله الغشاء الباطن المذكور منتفخا ثخينا وقاعه متكونا من جوهر القلب المرتشح

ويكون اشتراك الجوهر العضلي مع القلب في التهابه اكثر مما كان يظن سابقا فانه كثيرا ما ينضم لالتهاب الغشاء الباطن للقلب التهاب جوهره العضلي وفي احوال اخر قد تصير الطبقة العضلية الباطنة من جدر القلب الملامسة لغشائه الباطن الملتهب مجلسا لارتشاح مصلي وبذلك يسهل توجيه قلة مقاومة جوهر هذا العضو واصطحابا لالتهاب الغشاء الباطن من القلب بتمدده

ثم ان التعقدات الليفية التي تغطي التولدات المرضية للصمامات على الدوام يمكن ان تندفع وتنطرد بالموجة الدموية فينتج عنها تغيرات مرضية اخرى بعيدة بحيث تكاد تنسب نتائج هذا الالتهاب المحزنة التي تحصل عند ارتقاء هذا المرض واشتداده لهذه التعقدات المعروفة بالسدد السيارة فانها متى اندفعت بواسطة التيار الدموي ووصلت الى الدورة نشأ عنها ازرفة سددية وخراجات انتقالية وقد ذكرنا ذلك مفصلا عند الكلام على التغيرات الانتقالية في الرتتين ومع ذلك فههنا لا تتكون الازرفة السددية بكثرة في الرتتين بل غالبا تتكون في الشريان الطحالي فينسد احد تفرعاته الصغيرة فينشأ عن ذلك بؤرة مثلثة الشكل طرفها نحو الباطن وقاعدتها جهة الظاهر يكون لونها

ابتداء امر مجموع اسمرار ثم تعتريها الاستحالة الجبنية واندر من وجود هذه الارزفة السددية في الطحال مشاهدتها في الكليتين واندر من ذلك مشاهدتها في الكبد واكثر منها في الندرة ما يشاهد في الرئتين وفي كل من هذين العضوين الاخيرين لا يمكننا توجيه حصول هذه الارزفة السددية الا بانسداد احد فروع الشريان الكبدي او الشرايين الشعبية لا بانسداد احد فروع الوريد الباب ولا احد فروع الشريان الرئوي وكونه يندر أن نشاهد في احوال التهاب الغشاء الباطن من القلب خراجات انتقالية بدلا عن الارزفة السددية يتضح مما ذكرناه سابقا في كيفية حصول التغيرات الانتقالية فان السددا السيارة التي تسد الشريان هنا ليس ينبوعها بورة قيحية منفسدة كما هو الغالب في السدد الرئوية السيارة بل هي آتية من مواد ليفية منعقدة وهذا الامر لا يساعد في استحالة الارزفة السددية والبورات الدموية الناتجة عنها الى خراجات انتقالية

وان وصلت هذه التعقدات الدموية الى الشرايين الساتية او الشرايين الفقرية ينتج عنها على حسب سدها الشرايين الدماغ سدا كليا او جزئيا اما بورات دموية (اى سكتات شعرية) كثيرة الامتداد او قليلته بجميع انتها آتها أو أنيميا جزئية وموت جزئي في بعض اجزاء الدماغ التي هي محل للانيميا (اى اللين الاصفر) وانسداد فروع وعائية عظيمة في احد الاطراف بواسطة سدة سيارة عظيمة يمكن ان يؤدي للغنغرينا الذاتية في اصابع اليدين والقدمين ونحو ذلك

وحصول الظواهر الانتقالية المذكورة لا يجوز لنا الحكم بانفجار نضح متكون في الطبقات الغائرة من الغشاء الباطن للقلب وانسكابه على سطحه السائب فان التعقدات الدموية تكفي بالكلية في توجيه كيفية حصول تلك الظواهر كما أن الظواهر المرضية التي تشاهد في اثناء سير التهاب الغشاء الباطن للقلب وتشابه التسمم الصديدي للدم لا تجوز الحكم السابق اذ لا يسوغ القول بان النضح المنسكب على السطح الظاهر للغشاء الباطن من القلب ذو صفات تسممية مخصوصة بها يتسمم الدم

(الاعراض والسير)

متى انضم التهاب الغشاء الباطن للقلب الى الروماتزم الحاد الحمى (وهذا هو

أكثر اشكال التهاب الغشاء الباطن للقلب ظهورا كما ذكرنا) فلا يوجد غالبا عرض مدرك للمريض يدل على طرو هذا المرض الذى لا تتضح علامته الخبيثة عند المريض الا بعد بعض اسابيع او اشهر بل وسنين فان سئل أى مريض اعترته آفة عضوية فى صمامات القلب هل كان مصابا بالروماتزم الحاد أولا كان جوابه غالبا نعم واما ان سئل عن احساسه بآلام فى قسم القلب وضجر وضيق فى النفس وخفقان مدة اصابته بالروماتزم المفصلى الحاد ولو كانت الحمى مدة اصابته بهذا المرض ذات درجة شديدة جدا كان جوابه غالبا لا ويكاد يكون الامر عين ذلك متى لاحظ الطبيب المريض بنفسه فان المريض فى غالب الاحوال لا يشتكى بتلك الاعراض ولا يرتكن فى التشخيص الا على العلامات الطبيعية

وفى احوال اخرى قد تظهر اضطرابات وظيفية كثيرة الوضوح او قليلته وذلك كالالم فى قسم القلب ويظهر أن هذا الالم لا ينتج مطلقا عن الالتهاب البسيط للغشاء الباطن للقلب أعنى الغير المضاعف بالتهابات اخرى ولو فعل ضغط قوى على جدر الصدر او القسم الشراسيفى ويندر ارتقاء سرعة النبض فى ابتداء ظهور هذا المرض ولا حاجة للتعرض للنظريات المرتكن اليها فى توجيه سرعة انقباضات القلب التى تحصل احيانا ونرى ان ذلك انما ينتج عن اشتراك جوهر القلب فى الاصابة وعن تهيج عظيم فى العقد العصبية الكائنة فى جدره بل الذى نقتصر عليه هو مجرد ذكر هذه الظاهرة التى نشاهد احيانا فى هذا المرض وكذا يبعد من النظريات القول بانه يوجد فى جميع أحوال التهاب الغشاء الباطن للقلب الذى يشاهد فيه سرعة عظيمة فى النبض الشكل التقرحى من هذا الالتهاب وحيث ان كلا من سرعة ضربات القلب والنبض يكون مصحوبا بضعف فى قوة انقباضات هذا العضو ناتج عن تخلل جوهره بالارتشاح المصلى يكون النبض السريع صغيرا غالبا والحمى تكتسب صفة الضعف بحيث يمكن اختلاط هذه الحالة المرضية ببعض الحميات الضعفية كالتيفوس وغيره واما القول بان معظم الاحوال المعبر عنها بالحميات العصبية والبسيطة والضعفية والعفنة ناشئ عن التهاب خفى فى الغشاء الباطن من القلب ففيه مبالغة فان التهاب الغشاء الباطن للقلب يندر أن يكون سيره

بالصورة المذكورة اخيرا وان انضم لالتهاب هذا الغشاء اصابات انتقالية خصوصا فى الطحال ارتقت الحمى الى اعلى درجة بل وقد تظهر نوب قشعريرة لكن لا ينبغى نسبة ذلك للتسمم الصديدى للدم فان كلا من هاتين الظاهرتين يشاهد ولو لم تكن مشاهدته مستمرة على الدوام فى الاحوال التى فيها تحصل اصابات انتقالية فى الطحال مع وجود آفات عضوية قديمة فى الصمامات عقب انفصال تعقدات ليفية منها او بعض اجزائها بحيث انه فى مثل هذه الاحوال لا يمكن القول بان هناك تسمما صديديا فى الدم واكثر من ارتقاء سرعة النبض مشاهدة تشكى المرضى بخفقان قلبى وحيث ذكرنا ان ارتشاح الجوهر العضلى للقلب يحدث عسرا فى انقباضاته وان مشاهدتنا تدل على ان التشكى بخفقان القلب يحصل غالبا فى جميع الاحوال التى فيها يكون فعل القلب متعسرا معوقا (الا فى الاحوال التى فيها يكون فعل القلب الواقع فى الضخامة قويا) كان توجيه هذا العرض واضحا ويتضح من هذا الارتشاح المصلى للجوهر العضلى للقلب الذى يصاحب التهاب غشائه الباطن احيانا ومن ضعف فعل هذا العضو ومن عوق استفراغه استفراغا تاما انه لا بدوان ينضم للظواهر المذكورة عسر عظيم فى التنفس وقد ذكرنا فى مبحث الاحتقان الرئوى الضعفى ان هذه الظاهرة تصاحبه وان تكون فى اثناء سير التهاب الغشاء الباطن للقلب عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى وتقهقر الدم فاندفع من البطين الايسر فى اثناء حركة السستول الى الاذين الايسر صار احتقان الاوردة الرئوية عظيما وارتقى ضيق النفس الى درجة عظيمة أيضا

ويتضح مما ذكرناه فى أعراض هذا المرض ولا سيما من فقد الاضطرابات الوظيفية فى عدد عظيم من احوال هذا المرض ان هذا الالتهاب لا يكون له الا نادرا سير محدود واضح وصفة واحدة مثل باقى التهابات غير هذا العضو من الاعضاء المهمة وكما انه لا يمكن معرفة ابتداء هذا المرض غالبا لا يمكن اتباع سيره مع الدقة فى كثير من الاحوال بحيث اذا نطق الطبيب بالحقيقة يقول انه يتعذر غالبا معرفة الحد الفاصل بين انتهاء التهاب الغشاء الباطن للقلب ابتداء والمرض المعروف بالآفة العضوية للصمامات القلبية

ثم ان تكوين آفة عضوية فى صمامات القلب هو بلاشك الانتهاء الاكثر حصولا لهذا الالتهاب سواء بقى الصمام ثخينا ثم انكمش فيما بعد أو التصقت اطراف الصمام مع بعضها هى والاحبلة الوترية أو تمزق احد شرافاتها وحيث ان انكماش الصمام الثخين يحصل بطء ويتقدم كذلك ببطء عظيم كما ان التصاق اطراف الصمام هى والاحبلة الوترية يحصل ببطء عظيم جدا فمن الجائز انه بعد انتهاء التهاب الغشاء الباطن للقلب لا يمكن الاستدلال على آفات عضوية فى الصمام حالا ولا يتضح ذلك اتضاحا كليا الابعد بعض اشهر واذا تمزق بعض الاحبلة الوترية أو بعض شرافات الصمام او تضايق فوهته بواسطة تولدات فطرية شوهد حالا انتقال هذا الالتهاب الى اعراض الآفات العضوية للصمامات واما كون هذا الالتهاب يؤدى فيما بعد الى تمدد القلب ثم الى ضخامته فقد تقدم ذكره فيما سبق

واما الانتهاء بالموت فى هذا المرض فهو الانتهاء الاعتيادى الناشئ عن آفة فى الصمامات القلبية التى تكاد على الدوام تخلفه لكن هذا الانتهاء المحزن لا يحصل الابعد عدة سنين غالبا بحيث يندر أن يؤدى التهاب الغشاء الباطن للقلب الى الموت سريعا بانفراده ولا نكاد نشاهد هذا الانتهاء فى شكل هذا المرض عند مضاعفته للروماتيزم المفصلى الحاد بل أكثر ما يشاهد فى شكله المضاعف لداء بريكت او للامراض التسممية الانتشارية الحادة وحينئذ يعسر علينا الحكم على هذا الانتهاء هل هو ناشئ عن المرض الاصلى أو عن المضاعفة والظواهر التى تطرأ عند الموت عادة هى عبارة عن شلل القلب واحتقانات احتباسية فى الرئتين يعقبها اوذيما رئوية او نهوكة عمومية ناشئة عن الحمى فى بعض الاحوال النادرة او علامات لين فى الدماغ أو تغيرات انتقالية فى الطحال او الكليتين او الكبد او غنغرينا فى اصابع الرجلين ونحو ذلك

وكثيرا ما يحصل الشفاء من هذا المرض متى بقيت صمامات القلب مصونة من الاصابة بهذا الالتهاب فانه كثيرا ما يشاهد لطخ مبيضة وتكاثفات تعرف بالبقع الوترية على السطح الباطن من القلب عند فعل الصفات التشريحية بدون أن يكون قد ظهر عنها اعراض مدة الحياة بل والتهاب الصمامات قد

ينتهى بالشفاء وذلك بان لا ينشأ عن ثخنها ونحوه من التغيرات التى تتخلف عنه اضطرابات فى وظائفها وهذا الانتهاء ليس بكثير كما دلت على ذلك التجارب فان الصمام وان تم وظيفته فى الابتداء كثيرا ما يعود اليه الالتهاب حتى يعتريه آفة عضوية تعوق وظيفته

وما شرحناه الى الآن هو شكل التهاب الغشاء الباطن من القلب المضاعف للرو ماتيزم الحاد وأما التهاب الغشاء الباطن من القلب الذى يضاعفه آفة عضوية صمامية قديمة فان كلا من اعراضه الوظيفية وسيره وانتهائه لا يكاد ينفصل عن المرض الاصلى السابق عنه ومثل ذلك يقال فى التهاب الغشاء الباطن من القلب الذى يطرأ فى اثناء سير الامراض التسممية الانتشارية الحادة فان اعراض المرض الاصلى هنا تغطى بالكلية اعراض المضاعفة بحيث لا يمكن شرح وصفه وصفا كافيا ولاسيما ان كلا من الهذيان والخدر والبول الزلالى والظواهر اليرقانية ونحو ذلك التى تصاحب هذا الشكل من هذا المرض لا يتعلق باصابة الغشاء الباطن من القلب بل بتسمم الدم تسمما منتشرا وبالحمى الشديدة الناتجة عن هذا التسمم والذى يدلنا على هذا المرض هو البحث الطبيعى عن القلب فيجب اجراؤه ولو لم توجد ظواهر مخصوصة تلجئنا لاجراء ذلك وأما شكل التهاب الغشاء الباطن من القلب الذى يضاعف داء بريكت فالغالب أن يختفى علينا أيضا متى أهمل البحث الطبيعى فان الظواهر المحسوسة للمريض تفقد وفى أحوال اخرى يظهر هذا الشكل بخفقان قلبى وضجر وظواهر رحمية ونحو ذلك كما سبق

(العلامات الطبيعية)

أما ضربات القلب فانها تكاد تكون دائما قوية وكثيرة الامتداد خصوصا فى ابتداء هذا المرض ومع ذلك فالنبض الصغير الرخو يكون مغاير الشدة فعل القلب خصوصا فى الاحوال التى فيها تكون جدره مرتشحة ارتشاحا اوذيماويا وانقباضها ضعيفا ولو مع شدة فعله واصمية القلب لا تخالف الحالة الطبيعية فى الابتداء لكن عما قليل من الايام كما قاله المعلم (اسكودا) يحصل عوق عظيم فى استفراغ الدم من الاوردة الرئوية بحيث يترا كم الدم فى الاذين الايسر ومن هنا يتقهقر احتباسه الى القلب الايمن بواسطة الاوعية

الرئوية ثم يصير استفراغ الدم من هذا الاخير غير تام فيحصل فيه تمدد عقب هروع الدم من الاوردة الاجوفية اليه وبذلك تصير أصمة القلب متسعة عن الحالة الطبيعية كما بيناه وحيث ان التهاب الغشاء الباطن من القلب يحدث لينا في جوهر الصمامات وتخنا فيها فمن الواضح تغير الغاط القلب وتنوعها في هذا المرض فان الصمام الرخو المتكاثف لا يتموج بالضرورة مثل الصمام المتوتر الرفيع وحيث ان اللغط الاول من القلب يحصل في البطين الايسر من تموج الصمام القلنسوى كان ظهور لغط غير طبيعي بدلا عن اللغط الاول من القلب في هذا عقته هو العرض الرئيس لالتهاب الغشاء الباطن من القلب الذي يكون مجلسه في القسم الايسر من هذا العضو وزيادة على ذلك ان تخن الطرف الدقيق من الحافة الوحشية من الصمام القلنسوى يعوق انفراجها وان لين الاحبلة الوترية يعوق تثبيتها تثبيتا تاما بل ان الحافة الانسية عند تمزق الاحبلة الوترية يمكن ان تندفع من البطين الايسر الى الاذين الايسر عند انقباض هذا البطين فحينئذ ينبني على ماذكر ان الصمام لا يمكنه ان يتمم وظيفته مدة انقباض البطين بحيث لا يمنع تقهقر الدم نحو الاذين مدة انقباض البطين والحالة المرضية التي فيها يفقد الصمام خاصية صمام مغلق تسمى بعدم كفاية الغلق وأما التموجات التي يفعلها الصمام القلنسوى متى كان مثبتا تثبيتا غير تام او كان بعض اجزائه متموجا او كان الدم القارع عليه لا يصادم الاجزاء من سطحه السفلى وبعضه الآخر يتقهقر ويندفع في الاذين الايسر ويغطى سطحه العلوى فانها بالضرورة تصير غير طبيعية وغير منتظمة فحينئذ ينتج عن ظهور ذلك لغط عرضى بدلا عن اللغط الاول الطبيعي في البطين الايسر وقد بينا فيما تقدم ان اللغط الثاني من القلب الذي يسمع نحو قمته هو الناتج عن تموجات الصمام السيني للاورطى ويسرى الى قمة القلب وان سيلان الدم في البطين لا يكون مصحوبا بلغط في الحالة الصحية الطبيعية ففي حالة التهاب الغشاء الباطن من القلب متى تغطى سطح الصمام القلنسوى المتجه نحو تجويف البطين بتولدات حلمية ثآلولية ومر الدم على هذه التولدات المحدودبة الغير الملساء بدلا عن السطح الاملس نشأ عن احتكاك العمود الدموى فيه لغط يسمع في أثناء تمدد البطين اى حركته

الدستوليسة نحو قمة القلب وبجوار هـذا اللغط قـد يسمع تارة اللغط الثانى
السارى الممتد فى الاورطى وتارة يشـتد اللغط المرضى فيغطى على اللغط
الثانى من القلب وكلما كانت التولدات المرضية عظيمة كان اللغط المرضى
اكثر شـدة وكلما كانت أقرب لفوهة الصمام كان احتكاك العمود الدموى
اكثر قوة وفى الاحوال النادرة جـدا التى فيها يكون البطين الايمن مجلسا
لالتهاب الغشاء الباطن من القلب تسمع ظواهر مشابهة لما تقـدم نحو الجزء
السفلى من القص أعنى فى المحل الذى فيـه يتسمع على الصمام ذى الشرافات
الثلاث لكن توجيه هـذه الظواهر هنا يعسر جـدا فان البطين الايمن يكاد
لا يصاب على حـدته فلا يمكن التمييز بان كانت الالغاط المرضـية متكونة فى
الصمام ذى الشرافات الثلاث أو سارية من صفر آخر بالبعد عنه

والغاط الاورطى تكون فى الغالب واضحة حيث ان الصمام الاورطى يندر
اصابته بهـذا المرض لكن ان حصلت ونشأ عنها تولدات حلمية على السطح
السـفلى من الصمامات السينية نتج عن احتكاك الدم بهذه الاجزاء الغير
المستوية لغط فى اثناء انقباض البطين يتضح استماعه حـذاء منشا الاورطى
أعنى فى جزء القص المحاذى للمسافة الضلعية الثانية ويمتد من هذا الصفر الى
الشرايين السباتية واندر من استماع لغط سستولى فى الاورطى استماع لغط
دياستولى فى هذا المحل وعلى الدوام يكاد يسمع لغط قلبى نقى فى الشريان
الرئوى فان التهاب الغشاء الباطن من القلب لا يكاد يمتد الى هذا الجزء مطلقا
وبدلا عن ذلك فى هـذا الشريان يسمع اللغط الثانى من القلب مع غاية كل من
الوضوح والعلو فحينئذ يكون عرضا مهما فان الشريان الرئوى كلما كان
اكثر امتـلاء كان قرع الموجة الدموية الذى يقع على صمامها السينى مدة
استرخاء البطين أقوى واشـد وحيث انه فى أحوال هـذا المرض يحصل عدم
كفاية غلق فى الصمام القلنسوى غالبا يحصـل بالضرورة امتـلاء عظيم فى
الشريان الرئوى ويشتد اللغط الثانى من القلب فيه

(التشخيص)

قد يحصـل بكثرة عدم ملاحظة التهاب الغشاء الباطن من القلب فى أثناء سير
الروماتيزم المفصـلى الحاد فلا يشخص أو يشخص مع انه لم يكن موجودا

فينبغي لاجل عدم الوقوع في الخطا الاول عدم الاهمال في البحث بالتسمع عن قلب المرضى الذين اعتراهم الروماتيزم المفصلي الحاد ولو لم تشتك بادنى الم ولم يوجد عندهم اضطرابات وظيفية كما انه ينبغي لاجل عدم الوقوع في الخطا الثاني الاحتراس من تشخيص التهاب الغشاء الباطن من القلب بمجرد ظهور لغط منفاخي مخروقة هذا المضومدة حركة السستول فان هذا العرض كما انه ينشأ من ثخن الصمام الالتهابي يمكن ان ينشأ عن توتر غير طبيعي في الصمام السليم الذي ينشأ عن شدة الحمى ومن الانقباضات الغير المنتظمة في القلب ولا يمكن تمييزها تين الحالتين من بعضهما بصفة اللغط النفخي السستولي مع التأكيد ولو ان الالغاط الناتجة عن تغيرات جوهرية في الصمام تكون أكثر وضوحا وشدة في الغالب من الالغاط المعروفة بالالغاط الدموية فحينئذ لم يزل في التشخيص شك الى أن ينضم للغط المذكور علامات تمدد البطين الايمن وامتلاء الشريان الرئوي (كما سبق) واتساع اصمية القلب عرضا واشتداد اللغط الثاني من الشريان الرئوي أو ان يسمع لغط دياستولي أيضا فان هذا الاخير مهما كان كل من رخاوته وضعفه يدل على تغير جوهري دائما ويكفي في تاكيد تشخيص التهاب الغشاء الباطن من القلب في حد ذاته متى ظهر في مدة سير الروماتيزم المفصلي الحاد

وأصعب من ذلك التشخيص التمييزي بين التهاب الغشاء الباطن من القلب الحديث المضاعف للروماتيزم المفصلي الحاد وبين آفة عضوية في الصمام لاسيما عدم كفاية غلق الصمام القلنسوي الذي يوجد من قبل في مريض معتريه الروماتيزم المذكور فان هاتين الحالتين ليستا بنادرتين اذ قليل من الامراض له ميل عظيم للنكسات مثل هذا الروماتيزم بل كثيرا ما يوجد مرضى قد اعتراهم من منذ طفوليتهم في كل سنة نوب كثيرة الطول أو قليلته من هذا المرض فان لم يكن الطبيب قد لاحظهم من قبل ولم يبحث عنهم ثم وجد عندهم بالتسمع متى اصيبوا بنوبة جديدة من الروماتيزم المذكور لغطا نفخيا سستوليا مخروقة القلب ووجدت اصمية القلب اكثر اتساعا واللغط الثاني من الشريان الرئوي اكثر اشتدادا ووضوحا انبهم الحال ما لم تكن اعراض تمدد البطين الايمن قد وصلت لدرجة لا يمكن تصور تعلقها بعدم

كفاية غلق الصمام الحاد وفى أحوال أخرى يمكن الوقوف على حقيقة الامر بان يعرف هل بقى عند المريض عقب النوب القديمة من الروماتيزم المفصلى الحاد ضيق فى النفس ام لا

(الحكم على العاقبة)

الحياة وان ندرتهددها بالتهاب الغشاء الباطن من القلب الأان الحكم على عاقبة هذا المرض بالنسبة لذاته غير حميدة فانه يكاد يخلفه على الدوام اضطرابات تهدد الحياة بعد زمن كثير الطول او قليله ولو فى الاحوال التى فيها يعرف من الابتداء واما اذا ظهر هذا الالتهاب فى الطبقة العضلية من القلب فيكون اقل خطر الكنه نادر ولا يمكن معرفته

والاعراض التى يستدل منها على الانتهاء الغير الحميد هى التى تعلن باشتراك الطبقة العضلية من القلب فى الالتهاب وهى سرعة النبض الشديدة جدا وقلة امتلاء الشرايين ومن الاعراض الخطرة ايضا بل هى اشد من الاولى القشعريرات والالم فى قسم الطحال وانتفاخه انتفاخا حادا والتى وظهور الدم أو الزلال فى البول او اعراض الشلل الجانبى وغير ذلك من اعراض التغيرات الانتقالية

(المعالجة)

لا يمكن اتمام الدلالة السببية فى معالجة التهاب الغشاء الباطن من القلب غالبا ويوجد بلا شك ارتباط سببى بين الروماتيزم المنفصلى الحاد والتهاب الغشاء الباطن من القلب بان كان المرض الاول يزيد فى الاستعداد لهذا المرض الاخير أو بان كان الارتباط السببى أشد من ذلك لكن مهما كان عدد الوسايط العلاجية الموصى بها فى الرماتيزم المفصلى الحاد فلا يعتمد عليها فى ذلك كما ان الطبيب لاقدرة له على مقاومة داء بريكت والامراض الطفحية الحادة وغيرها من الامراض التسممية الانتشارية التى تحدث الالتهاب المذكور أو تزيد فى الاستعداد له

وأما دلالة معالجة المرض نفسه فهى وان استدعت الوسايط العلاجية المضادة للالتهاب الاان هذه الوسايط خصوصا الفصد العام لاتجدى نفعا فى هذا المرض وان قال بمنفعتها اطباء فرانسا والانكليز فان الفصد العام

و بقية تلك الوسايط متى اجريت بدون لزوم كالزئبق الحلو والمرهم الزئبقي على القول بانهما ينقصان تعضون الدم شديدة الخطر فى التهاب الغشاء الباطن من القلب والحق مع المعلم (بمبرجر) حيث قال ان اغلب المرضى الذين يهلكون عند اصابتهم بهذا الالتهاب لا يهلكون من نفس المرض بل من المعالجة ولا يجوز استعمال الاستفراغات الدموية الموضعية الا فى الحالة التى يكون فيها آلام فى قسم القلب بل فى مثل هذه الاحوال يوجد مضاعفة ملجئة لها واما التبريد الذى نستعمله بكثرة فى التهابات الاعضاء الباطنة مثل استعماله فى التهاب الاعضاء الظاهرة فلا يلتجأ اليه الا فى الاحوال التى تستدعيه أعنى التى فيها تكون ضربات القلب فى حالة ثوران عظيم سيما وقد دلت التجارب فى الروماتيزم المفصلى الحاد على ان استعمال التبريد فى المفاصل لا يحصل منه الا منفعة قليلة جدا فحينئذ أحوال التهاب الغشاء الباطن من القلب التى كانت خفية فى السابق مع معرفتها الآن جيدا بواسطة القراع والسماع لم تحسن معالجتها بل ان شرع الطبيب فى معالجة قاسية بعد الوقوف على حقيقة هذا فالارفق بالمريض عدم معرفة الطبيب لهذا المرض بالتسمع

واما الدلالة العرضية فتستدعى الفصد العام فى الاحوال التى فيها يوجد امتلاء دموى عظيم فى الدورة الصغرى مهدد لحياة المريض فانه ينبغى فى مثل هذه الاحوال المبادرة بتنقيص كمية الدم مخافة حصول الاوذيما الرئوية وكل من سرعة النبض العظيمة جدا وعلامات ضعف فعل القلب والسيانوز ونحو ذلك يستدعى استعمال الديجتالا وان خيف حصول شلل فى القلب وجب استعمال المنبهات

تنبيه استعمال هذا الجوهر الدوائى فى مثل هذه الاحوال ينبغى أن يكون مع الاحتراس وعلى شكل منقوع متوسط الشدة والقصد من ذلك تلطيف حركات القلب وتنظيمها اذ بذلك يتلطف التهيج الميخانيكى الذى يعترى الصمامات الملتهبة عند غلقها ويتجنب انفصال المواد السددية من السطح الباطن للغشاء الباطنى من القلب

(المبحث الخامس)
(فى الالتهاب القلبى العضلى)

(كيفية الظهور والاسباب)

الجزء الذي يصاب بالالتهاب من القلب في هذا المرض هي الالياف العضلية فتلين وتسترخي ثم تتلاشى وهذا التغير المرضي المفسد يصطحب تارة بنمو في الطبقة الغمدية من الالياف العضلية بحيث انه في اثناء امتصاص بقايا هذه الالياف يملأ المنسوج الخلوي المسافة الخالية وحينئذ يتكون تيبس القلب وتارة تتلاشى الطبقة الغمدية المذكورة مع الالياف العضلية الاصلية وحينئذ تنشأ بورة في جدر القلب ممتلئة ببقايا المواد المتلاشية أعني خراج القلب ثم ان الالتهاب القلبي العضلي ليس بنادر الحصول فكثيرا ما نرى أثر هذا المرض في الاحوال التي تشاهد فيها آفات عضوية في الصمامات القلبية المتخلفة عن التهاب في الغشاء الباطن من القلب فاسباب الالتهاب القلبي العضلي حينئذ معظمها كاسباب التهاب الغشاء الباطن من القلب فان اكثر الاسباب انتاجا لهذا المرض هو الروماتيزم المفصلي الحاد وهذا الالتهاب ان حصل بتاثير هذا المرض الاخير كان قاصرا على بورات محدودة من القلب وينتهي بتيبسها لكنه في بعض الاحوال يؤدي لحصول استحالة ممتدة في القلب ينشأ عنها انورزما مزمنة في هذا العضو أو الى تكوين خراجات فيه وفي غالب هذه الاحوال التي فيها يصاحب الالتهاب العضلي القلبي الرومانيزم المفصلي الحاد يعتبر امتدادا من التهاب الغشاء الباطن من القلب أو التهاب التامور وفي أحوال اخرى يكون هذا المرض اكثر امتدادا واتضاحا من التهاب كل من الغشاء الظاهر والباطن للقلب فكأنه قائم بنفسه و يعتبر كل منهما كأنه امتداد له

وكذا آفات القلب العضوية المزمنة سيما آفات الصمامات كثيرا ما تؤدي الى حصول هذا المرض وتكوين تيبسات في جدر القلب اكثر من التهاب غشائه الباطن

وكذا السدد السيارة الناشئة من بورات غنغرينية أو من السدد الذاتية الوريدية المتلاشية للرئة قد تصل احيانا الى الشريان الاكليلي من القلب فحينئذ يشاهد في الجوهر العضلي من القلب خراجات عديدة في جوهره مع خراجات أخرى في غيره من اعضاء الدورة العظمى

وكذا التسمم العفنى فى الدم والتيفوس المستطيل المدة جدا والقرمزية المستطيلة الخبيثة ينتج عنها احيانا خراجات فى القلب ولولم يثبت دخول سدد سيارة فى الدم

وسنتكلم على الالتهاب القلبى العضلى الزهرى عند الكلام على الداء الزهرى

وأما الالتهاب القلبى العضلى الجرحى فهو نادر جدا مثل التهاب الغشاء الجرحى الباطن من القلب

(الصفات التشريحية)

يكاد يكون مجلس الالتهاب القلبى العضلى البطين الايسر سيما قمته وقال الطبيب (تبدريك) انه يكاد يحصل بكثرة فى الاجزاء القلبى العضلى تحت الاورطى مباشرة لكن أعمدة القلب اللحمية كثيرا ما تصاب بهذا المرض أيضا وذلك مهم بالنسبة لحصول الآفات العضوية فى الصمامات القلبية ثم ان الجوهر العضلى فى ابتداء هذا المرض يظهر ذا لون قاتم أو أحمر مسمرا لكن عما قليل يزول الاحتقان الوعائى وتتضح جاتة لالياف العضلية ويصير الجزء المريض سنجابيا لينا ويشاهد بالمكرسكوب به زوال المازيب العرضية والطولية من الالياف العضلية تلاشى الالياف نفسها باستحالتها الى مادة حبيبية رفيعة وكرات شحمية

ومن النادر مشاهدة الالتهاب القلبى العضلى فى هذا الدور فان أكثر ما يشاهد انتهاء لهذا المرض بؤرات كبيرة أو صغيرة غير منتظمة غالبا ومتفرعة ذات لون أبيض محمر أو أبيض فقط وذات تكاثف ندبى متيبس فى الجوهر العضلى من القلب وفى بعض الاحوال يكون هذا الجوهر الندبى المتيبس ممتدا امتدادا عظيما فى جوهر القلب ومكونا الجدر بانفراده وفى مثل هذه الاحوال لا تقاوم جدر القلب التى اعترتها هذه الاستحالة ضغط الدم فتتمدد وحينئذ يتكون عنها انبعاج عبارة عن ورم أو انورزماوى قلبى حقيقى يتميز عن الورم الانورزماوى المزمن للقلب الناتج عن التهاب غشائه الباطنى وهذه الجيوب الانورزماوية يكون حجمها من الفندقة الى بيضة الدجاجة بل أزيد والجدر الندبية المتيبسة تكون مسترقة بسبب تمددها وأحيانا يرسب فيها

املاح كلسية ولا يندر أن يحتوى تجويفها على طبقات من مواد ليفية شبيهة بالتي توجد في الاورام الانورزماوية في الشرايين وزيادة على ذلك يكون جميع القلب متمددا وهذا التمدد يحصل أيضا ولو لم توجد انبعاجات أنورزماوية عقب الندب العديدة التي تحصل في جدره وقد يحصل عن هذه التيبسات الندبية العظيمة متى كان مجلسها اقريباً من محل منشأ الابهر تضايق في تجويف القلب (وهذا ما سماه ندريك بتضايق القلب الحقيقي)

وعند انتهاء الالتهاب العضلي من القلب بتكوين خراج يأخذ الجوهر العضلي في امتقاع اللون واللين شيأفشيأ حتى تتكون بورة ممتلئة بسائل مصفر قيحي ومحاطة بالجوهر العضلي المذكور وبندر أن يتكيس الخراج ويحاط بجوهر ندبي متيبس بحيث يجف متحصله وان لم يطرأ الموت يكاد يحصل انفجار فيه فان حصل انفجار الخراج في التامور نشأ عن ذلك التهاب فيه وان حصل هذا الانفجار في تجاويف القلب وصل متحصل جوهر القلب المتلاشي الى الدورة ونشأ عن ذلك عدة تغيرات انتقالية ثم انه بانفجار خراج القلب في باطن هذا العضو يمكن ان يحصل تمزق اندغام الصمامات الابهرية واستطراق قسمى القلب بعضهما ببعض ويمكن تمزق الجدار القلبي بتمامه وكذا بانفجار خراجات القلب نحو الباطن قد تنشأ انبعاجات في جوهره من ضغط الدم كما ذكرنا ذلك في المبحث السابق وعبرنا عنه بالورم الانورزماوي الحاد للقلب

*(الاعراض والسير)

الالتهاب القلبي العضلي يكاد لا يشخص دائما مدة الحياة مع التأكيد وحيث ان هذا المرض يكاد يصاحب كل حالة من التهاب الغشاء الباطن من القلب يسوغ لنا الحكم بوجوده متى أحس المريض بألم في قسم القلب فان هذا الاحساس المؤلم لا يوجد مطلقا في التهاب الغشاء الباطن من القلب المحض لاسيما انه يحكم بوجوده من سرعة النبض العظيمة جدا وصغره وعدم انتظام فعل القلب لكن هذا الحكم ليس قطعيا

ويقوى الظن بوجود هذا المرض وان لم يصل لدرجة تأكيد تشخيصه متى ظهرت في أثناء سير الروماتزم المفصلي الحاد ظواهر تدل على حصول تغير مرضي في القلب ولم يدل المبحث الطبيعي على وجود التهاب الغشاء الباطن

من القلب أو غلافه الظاهر فان انضم لذلك قشعريرات وآلام فى قسم الطحال وظهر فى البول مواد زلالية أو دموية وبعبارة أخرى اتضحت التغيرات الانتقالية اكتسب التشخيص درجة تقرب به من التأكيد ومثل هذه الاحوال قليل

ومتى تكونت تيبسات عديدة فى القلب وتمدد تبعا لذلك اتضحت الظواهر التى بيناها عند الكلام على تمدد القلب وفى مثل هذه الاحوال لا يمكن معرفة درجة تأثير تمدد القلب او استحالته فى بطء الدورة وامتلاء الاوردة كما انه متى عرف عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى وصار تشخيصه يمكن للطبيب ان يظن بوجود استحالة فى الاعمدة اللحمية للقلب وانها هى التى احدثت هذا المرض

وكل من التيبسات الممتدة فى جدر القلب وضيقه الحقيقى والورم الانورزماوى المزمن يحدث كما قاله المعلم (تيدريك) جميع الاعراض الدالة على ضعف فعل القلب العضلى ضعفا عظيما فتصير ضربات القلب غير مدركة غالبا او النبض الشريانى صغيرا جدا غير منتظم ومتقطعا وينضم لهذه الظواهر اوتوسيانوزى عظيم جدا واستسقاآت فان أريد تشخيص حالة مرضية من هذا القبيل وأمكن الطبيب نفى وجود آفة عضوية فى الصمام تكون سببا لتوزيع الدم غير الطبيعى وينشأ عنها مجموع الاعراض السابقة ساغ لنا تصور وجود تيبسات منتشرة فى القلب لكن لا يمكنه مطلقا تشخيص ذلك مع التأكيد ولو نفى وجود غير هذه التغيرات من آفات القلب العضوية كتمدد القلب مع ضموره والاستحالة الشحمية الممتدة فيه وغير ذلك

وأما اعراض خراجات القلب وتثقباته المختلفة فلا يمكن أيضا معرفتها مع التأكيد الا نادرا جدا وذلك بظهور التغيرات الانتقالية العديدة بل والتشخيص هنا لا يكون كذلك الا تقريبا للعقل

(المعالجة)

يكاد لا يمكننا التكلم على معالجة الالتهاب العضلى من القلب حيث ذكرنا ان تشخيصه مع التأكيد غير متيسر حتى انه فى الحالة التى فيها يمكن تشخيص

هذا المرض أكيد الاختناف عن معالجة التهاب الغشاء الباطن من القلب وليس للصناعة قدرة على تحليل التيبسات القلبية كما انه لا يمكنها منع دخول السدد السيارة عقب تثقبات خراجات القلب أو ايقاف تأثيرها فلا تكون المعالجة حينئذ الا عرضية

(فى الآفات العضوية للصمامات القلبية)

الآفات العضوية للصمامات عبارة عن التغيرات المرضية للصمامات التى يكون لها تأثير فى وظائفها وفى توزيع الدم تبعا لذلك وتغيرات الصمامات التى تحصل بدون اعراض مرضية ولها أهمية تشريحية مرضية فقط لا اكلينيكية ولا نتكلم عليها فى المباحث الآتية هى أولا الضخامة البسيطة للصمامات وهذه توجد خصوصا فى الصمام القلنسوى بقرب حافاته السائبة على هيئة بروزات متكونة من نمو خلوى شبيه بالهلامى فى صمام الشرافات السائبة من الحافة السفلى للصمام المتعلق بانفراجها غلق الصمام وانسداده تبقى مصونة عن الاصابة فى تلك الضخامة بخلاف ما يحصل فى التهاب الغشاء الباطن من القلب وما يعقبه من التغيرات المرضية فان هذه الشرافات يحصل فيها الثخن والتكاثف والتواء وثانيا عظم الصمام الذى يعتريه معرقة فى جوهره متى حصل تمدد فى فوهته وثالثا تثقبات الصمام وهى عبارة عن شقوق صغيرة بيضاوية الشكل كثيرا ما تشاهد فى الصمامات بدون ان تعوق اتمام وظائفها

وأما التغيرات الرئيسة فى الصمامات فهى التى يعبر عنها بعدم كفاية غلق الصمام وتضايقه وهاتان الحالتان كثيرا ما تصطحبان لكن الغالب أن تغلب احداهما الاخرى ويعنى بعدم كفاية غلق الصمام الاحوال التى فيها لا يكون للصمام قدرة على منع تقهقر الدم فى التجويف الذى كان من وظيفته غلقه ففى أثناء انقباض البطين اذا لم يندفع جميع ما احتوى عليه من الدم الى الابهر أو الشريان الرئوى وتقهقر جزء منه الى تجويف الاذين ثانيا يقال ان الصمام القلنسوى أو ذا الشرافات الثلاثة فى حالة عدم كفاية غلق وكذا فى أثناء حركة استرخاء البطين اذا رجع جزء من الدم الذى كان قد وصل الى الابهر أو الشريان الرئوى وتقهقر نحو البطين يقال حينئذ ان الصمام السينى

فى حالة عدم كفاية غلق وأما ضيق الصمام الذى حقه أن يسمى ضيق فوهة الصمام فيعنى به الحالة التى فيها يجد العمود الدموى المار مقاومة غير طبيعية بسبب ضيق الفوهة المار هو منها

والتأثير العمومى للآفات العضوية من الصمامات وان كان واحدا وهو بطء الدورة الا انه يختلف بحسب اختلاف مجلسها وتأثيرها فى توزيع الدم فان الجسم يمكنه أن يحتمل تأثير بعض آفات عضوية صمامية زمنا طويلا دون البعض والذى يظهر لنا ان من الصواب عدم التكلم اجمالا على الآفات العضوية من الصمامات بل نتكلم عليها تفصيلا كل على حدته وان الجأنا ذلك الى بعض تكرار فلا يخلو من فائدة

وحيث ان كيفية حصول الآفات العضوية من الصمامات الاورطية أكثر بساطة من آفات الصمام القلنسوى واعراض الاولى اسهل بيانا من اعراض الثانية فلا بد وان نبدأ بالكلام على الآفات العضوية من صمام الاورطى وكانت الآفات العضوية من صمامات القلب الايمن اندر حصولا من صمامات القلب الايسر فلا بد وأن نذكرها عقب ذلك

(المبحث السادس)

(فى عدم كفاية غلق صمام الاورطى وتضايق فوهته)

(كيفية الظهور والاسباب)

أما غلق الصمامات السينية فانه يحصل بكيفية ميخانيكية محضة وأما الصمامات الاذينية البطينية فتحتاج فى غلقها الى فعل حيوى وهو الانقباضات العضلية فى الاعمدة اللحمية فان لم يتيسر بضغط الدم فى أثناء استرخاء البطين الايسر انفراج حوافى الصمامات السينية وتقريبها من بعضها بعد ان كانت منطردة نحو جدر الشريان فى أثناء انقباض البطين تقهقر الدم فى الاذين الايسر وحينئذ يكون الصمام السينى من الابهر فى حالة عدم كفاية غلق وان لم يتيسر للدم المندفع من البطين الايسر مدة انقباضه تبعيد الصمامات السينية من بعضها ودفعها نحو جدر الابهر وبقيت بارزة فى قطر فوهته تكون ما يسمى بضيق فوهة الابهر أو بضيق الصمام الابهرى وأقل مما ذكر حصولا انكماش حلقة اندغام الصمام وبذلك تتضايق

فوهته

والتغيرات المرضية التي ينبني عليها كل من عدم كفاية غلق الصمام الاورطى وضيقه تكون نتائج لتغيرات التهابية ويندر أن تكون التغيرات المذكورة ناشئة عن امتداد التهاب الغشاء الباطن من القلب الذى شرحناه فى المبحث الرابع الى صمام الاورطى والغالب ان تكون ناشئة عن التهاب ذى سير مزمن فى الشرايين ينتهى بما يسمى اثروما الشرايين اى ورمها العجينى ومن ذلك يتضح بسهولة ان الآفات العضوية لصمام الاورطى اكثر ما تحصل فى السن المتقدم جدا وان لم يكن ذلك على الدوام فان اثروما الشرايين فيه أكثر حصولا منه فى سن الشبوبية كما ان حصول الآفات العضوية لصمام الاورطى يحصل حصولا بطيأ تدريجيا بسرعة كآفات الصمام القلنسوى العضوية التى تنشأ عن التهاب الغشاء الباطن من القلب

(الصفات التشريحية)

متى ملئ الابهر بالماء بعد قطع القلب والشريان الابهرى واستخراجهما من الجثة امتلاء تاما حتى تتوتر جدره وسال الماء فى البطين لعدم تقارب الحوافى السائبة من الصمام الى بعضها جاز الحكم بان الدم كان يتقهقر أيضا مدة الحياة فيعتبر الصمام حينئذ انه فى حالة عدم كفاية غلق

ثم ان التغيرات التشريحية التى ينبني عليها جعل الصمام غير كاف فى الغلق هى فى الغالب عبارة عن انكماش الصمام وقصره بحيث ان حوافيه لا يلامس بعضها بعضا ولو انفرجت بضغط الدم عليها وكذا كل من تخن الصمام وتيبسه على حدته يعوق غلقه اذ بذلك لا يكفى ضغط الدم فى انفراج الصمام ويكاد كل من هذين السببين يحصل فى آن واحد ويندر أن يكون السبب المادى فى عدم كفاية غلق الصمام كلا من التصاق الصمام مع جدر الشريان الاورطى وتمزقه أو انفصال أحد أجزائه السينية عن محل اندفاعها

ويوجد على الدوام فى الجثة مع التغيرات المذكورة الكائنة فى منشا الشريان ضخامة دائرية فى البطين الايسر عظيمة جدا بحيث يكاد لا يشاهد مثلها فى أحوال أخرى فان تخن جدر هذا البطين يمكن أن يصل الى

قيراط وتجويفها يسع قبضة اليد وقد ذكرنا فيما تقدم ان تمدد هذا البطين
نتيجة ضرورية للضغط الشديد الذى يعترى السطح الباطن لها مدة حركة
الدياستول وان ضخامتها نتيجة ضرورية لازدياد مجهوداتها العضلية متى
انجبرت على دفع كمية زائدة من الدم واحتاجت لفعل مجهودات قوية ومعظم
الاعراض التى توجد فى عدم كفاية غلق الصمام تخص هذه الضخامة العظيمة
لجدر البطين الايسر وقد شرحنا فى المبحث الاول التغيرات التى تحصل فى
شكل القلب عند ماتعترى الضخامة الدائرية البطين الايسر وذكرنا ان باقى
أجزاء القلب يعتريها الضخامة ايضا وان الحاجز القلبى يندفع جهة البطين
الايمن فيضيق تجويفه

واما ضيق الصمام الابهرى فقد يكون عظيما جدا بحيث لايمكن ادخال
الخنصر فى الفوهة المتضايقة والتغيرات التشريحية التى ينشأ عنها الضيق
هى فى غالب الاحوال عين تخن الصمام وانكماشه السابق شرحهما آنفا
فالصمام يمكن أن يكون فى منشأ الاورطى بروزات ذات مقاومة بحيث
لايمكن التيار الدموى مدة سستول البطين دفع الصمام نحو جدر الشريان
كما لايمكن بضغط الدم مدة دياستول البطين تقريب الحوافى السائبة من
الصمام الى بعضها وكذا قد ينشأ ضيق الصمام العظيم عن التصاق الصمامات
السينية مع بعضها لاسيما كلما امتد الالتصاق نحو المركز والتولدات
الصمامية المتيبسة تيبسا غضروفيا التى كثيرا ماتكون محلسا للتراكمات
كلسية تزيد فى تضايق الصمام ان لم تحدثه بانفرادها وذلك نادر

ثم ان البطين الايسر فى أحوال تضايق صمام الاورطى تضايقا بسيطا
لايعتريه ضغط قوى فى أثناء الدياستول ولذلك لايتمدد لكنه يكون مجبورا
على دفع متحصله من فوهة متضايقة تزداد مجهوداته ولذا يعتريه الضخامة
فبناء على ذلك انا فى أحوال ضيق الصمام نرى حصول ضخامة بسيطة
فى هذا البطين بعكس مايشاهد فى أحوال عدم كفاية الصمام فان الضخامة
فيها تكون دائرية

وحيث ان نفس الآفات العضوية للصمامات تحدث فى اغلب الاحوال كما
ذكرنا عدم كفاية غلق الصمام تارة وتارة ضيقه كان عدم كفاية غلق الصمام

تارة يكون هو المتغلب على ضيقه وتارة بالعكس فيحدث تنقلات تدريجية ما بين الضخامة البسيطة والدائرية العظيمة

(الاعراض والسير)

اعلم انه كان حق كل من تضايق الصمام السينى للاورطى وعدم كفاية غلقه أن ينشأ عنه بطء فى الدورة على الدوام وكان يترتب على ذلك قلة تكرار رجوع الدم الى الرئتين ثانيا فيكتسب بذلك صفة وريدية (فانه بكل حركة سستولية اما ان يندفع من البطين كمية قليلة من الدم او ان جزأ منه يرجع الى هذا التجويف ثانيا مدة الدياستول) وكان حق نتيجة ذلك ان يقبل الابهر هو وتفرعاته قليلا من الدم وان الدم يتراكم فى الاوردة الرئوية ويركد فيها لانه يكون ممنوعا عن الانصباب فى البطين الايسر وان الدورة الصغرى تكون مشحونة بالدم ومحتقنة به وان الدم لا يجد له محلا كافيا فى هذه الدورة لقلة قبول الاورطى له وانه يجتمع أخيرا فى أوردة الدورة العظمى فينشأ عنه لون سيانوزى واستسقاآت ونحوها ومع ذلك فكل هذا لا يحصل بالكلية عادة زمنا طويلا جدا وهذا ناشئ عن تضاد فعل ضخامة البطين الايسر وآفة الصمام وتضاد نتيجتهما أيضا فان الاولى تعادل التأثير المضر لآفة الصمام العضوية وتشلها وبذلك تتعادل آفة الصمام فكما أن آفة الصمام تحدث بطأ فى الدورة وتصير الدم وريديا كذلك الضخامة تحدث سرعة فى الدورة وتكسب الدم صفة شريانية وكما ان آفة الصمام تحدث تناقصا فى امتلاء الاورطى فكذلك الضخامة تحدث ازديادا فيها وكما ان آفة الصمام تعوق استفراغ الاوردة الرئوية وتحدث امتلاء الدورة الصغرى بالدم فكذلك الضخامة تسهل استفراغ هذه الاوردة وتنقص كمية الدم فى الدورة الصغرى

ثم اننا متى اعتبرنا ما ذكر من الاحوال السابقة اتضح لنا جيدا لماذا ان الاشخاص المصابين بآفات عضوية عظيمة فى صمام الاورطى متى كان عندهم ضخامة فى البطين الايسر معادلة لهذه الآفة العضوية الصمامية يكونون فى الظاهر متمتعين بصحة جيدة حتى لا يوجد عندهم ضيق فى النفس فان هذا عرض لا يفقد بالكلية فى أحوال الآفات العضوية للصمام الهلالى وقد تشتكى المرضى بخفقان قلبى لكن ليس على الدوام كما تقدم ذلك وهنا على

الخصوص يستغرب من سكون المرضى لايشتكون من ارتجاج جدر صدورهم واحيانا تظهر نوب آلام فى الصدر والذراع اليسارى كما سنبين ذلك فى مبحث الالم العصبى للقلب

ثم ان الصحة النسبية توجد فى كل من عدم كفاية غلق الصمام الاورطى وضيقه وبالجملة فيختلف سير أعراض كل من هاتين الحالتين اوغلبة احداهما على الاخرى فانه فى أحوال عدم كفاية غلق الصمام تطرأ عوارض واخطار تنشأ عن الضخامة الدائرية التابعية فان هذه الضخامة تعادل عدم كفاية غلق الصمام بالكيفية الآتية وهى انها تدفع موجة دموية عظيمة فى المجموع الاورطى مدة الستول وبذلك يحصل فى الابهر وتفرعاته ضغط عظيم جدا مدة انقباض البطين وهذا الضغط لايعود الى حالته الطبيعية الا فى أثناء الدياستول وذلك لان كمية الدم الزائدة عن العادة تتقهقر فى البطين الايسر من فوهة الصمام الكائنة فى حالة عدم كفاية غلق وفى الغالب تشتكى المرضى فى مثل هذه الاحوال بدوار وآلام فى الرأس وشرر أمام الاعين وفى احوال اخرى قد تهلك بنوب سكتية ويندر ان يحصل عندهم نوب ضيق النفس وجميع هذه الاعراض والاخطار لاتنشأ عن آفة الصمام بل عن ضخامة القلب كما بيناه فى المبحث الاول وأما فى احوال تضايق الصمام فان اعراض عوق الدورة تكون اعظم من اعراض الضخامة القلبية التابعية فالمرضى وان بقيت فى حالة صحة ظاهرية زمنا طويلا ولم يحصل عندهم امتلاء عظيم فى الاوردة الا انه يظهر فيهم اعراض قلة امتلاء الشرايين التى تظهر قبل اعراض امتلاء الاوردة فتكون ذات لون باهت ويظهر عندهم اعراض انيميا الدماغ ويعتريهم نوب اغماء بخلاف ما يظهر عند المرضى المصابين بعدم كفاية غلق الصمام من احتقان الدماغ والاستعداد للسكتات

والصحة النسبية المذكورة التى تشاهد عند المصابين بآفات فى الصمامات الاورطية تفقد بعد استمرارها مدة من السنين وذلك يحصل غالبا فجأة فان ضخامة القلب الايسر لايكون لها قدرة على تعادل آفة الصمام سواء اعترى الطبقة العضلية الضخمة من القلب استحالة مرضية وانضم لذلك عدم كفاية غلق فى الصمام القلنسوى ناشئة عن التهاب مزمن فى الغشاء

الباطن من القلب الذى كثيرا مايضاعف آفة الصمامات وسواء ازدادت آفة صمام الاورطى نفسها اوانضم لذلك اثر وما ممتدة فى المجموع الشريانى و بذلك تزداد عوائق الدورة فلا يكون للضخامة قدرة على قهر العوائق الدورية وحينئذ تظهر الاعراض التى بيناها فى ابتداء الكلام على الاعراض فيحصل للمرضى ضيق فى النفس وتمتلئ أوردة الدورة الصغرى بالدم و يظهر كل من السيانوز والاستسقاآت وهى اعراض يتقدم ظهورها بسرعة فى الآفات العضوية من الصمام القلنسوى ولذا نشرحها فى المبحث الآتى

والمرضى تهلك اما بأوذيما الرئتين أو بالسكتة الدماغية فى أحوال عدم كفاية غلق الصمام أو بالسدد الدموية السيارة التى تنشأ عن آفات صمام الاورطى كما تنشأ أكثر من ذلك عن التهاب الغشاء الباطن من القلب والتهابه العضلى اذ فى اغلب الاحوال التى فيها كان سبب الموت الجزئى فى الدماغ سددا سيارة فى الشرايين الكائنة فى حفرة سيلفيوس كان يوجد آفات فى صمامات الاورطى

(العلامات الطبيعية لعدم كفاية غلق صمام الاورطى)

يستدل بكل من البحث بالنظر و بالجس على العلامات الخاصة لضخامة البطين الايسر فيوجد احيانا ارتفاع فى قسم القلب وضربات هذا العضو تكون متزايدة غالبا ازديادا عظيما جدا بحيث ترتج جدر الصدر فى امتداد عظيم وتكون قمة القلب ممتدة الى أسفل بحيث تصل الى الضلع الثامن احيانا مع تحولها جهة الوحشية ويستدل بالقرع على استطالة القلب مالم تختف بسبب امتداد الفص الايسر من الكبد فلا تصير معلومة مع التأكيد وبالتسمع يسمع حذاء المسافة الضلعية الثانية و الثالثة وعلى القص وحافتيه لغط مرضى بدلا عن الصوت الثانى من القلب ينشأ عن التموجات الغير المنتظمة والغير التامة للصمام الخشن ذى الشكل الغير المنتظم وقد يسمع نادرا مع هذا اللغط المرضى الصوت الثانى الطبيعى من القلب ولو ضعيفا وهذا يحصل فى الاحوال التى فيها لم يزل احد الصمامات السينية الاورطية باقيا سليما فيتموج تموجا طبيعيا بالدم القارع عليه وهذا اللغط كثيرا ما يمتد بعيدا سيما فى اتجاه الدم المتقهقر

فى البطين فحينئذ يسمع مع الوضوح على طول الحافة اليسرى فى القص ونحو
الوحشية الى قمة القلب واللغط الاول فى الاورطى يكون موجودا
فى بعض الاحوال التى فيها يكون عدم كفاية غلق الصمام غير مصحوب بضيق
فيه ولا ببروزات على السطح السفلى من الصمام ويكون قويا وفى اغلب
الاحوال يظهر هذا اللغط الصفة الخاصة بتضايق فوهة الاورطى وأما اللغط
الاول من الصمام القلنسوى فانه يفقد فى كثير من الاحوال ووجه ذلك المعلم
(تروبه) بان البطين الايسر يأتى اليه الدم ويهرع من جهتين مدة الدياستول
فان الدم يأتى اليه من الاذين ومن الاورطى وحينئذ تصل جدره الى توتر
أعظم من الضغط الواقع على الدم المنصب من الاذين وبذلك ينشأ تيار دموى
متجه من البطين الى الاذين عكس سيره الطبيعى فيحدث غلق الصمام القلنسوى
فى أثناء حركة الدياستول وقد يسمع أحيانا مع اللغط الدياستولى صوت
دياستولى ناشئ عن سرعة انغلاق الصمام القلنسوى وأما صوت الشريان
الرئوى فانه يكون طبيعيا مالم توجد مضاعفات ومن العلامات الخاصة
بعدم كفاية غلق الصمام الابهرى الظواهر التى تشاهد فى الشرايين
الدائرية ولو كان معظمها ناشئا عن الضخامة الدائرية للبطين الايسر وذلك
ان الشرايين السباتية يظهر فيها نبضات واضحة قوية جدا وعند التسمع
لايحس بلغطين واضحين كما فى الحالة الطبيعية (اللذين ينشأ أولهما عن تموجات
جدر الشرايين المتمددة من الموجة الدموية وثانيهما ينشأ عن امتداد الصوت
من الصمامات السينية) بل يفقد اللغط الثانى وذلك لان الصمامات السينية
لايحصل فيها تموجات طبيعية أو يسمع بدلا عن هذا الصوت اللغط الذى
ينشأ فى نفس الصمام السينى وذكر المعلم (بمبرجر) أن الصوت الاول
فى الشرايين السباتية يكون أصم أيضا أو يحل محله لغط مرضى ووجه ذلك
بالتوتر العظيم فى جدرها تيك الشرايين وكذا الشرايين الصغيرة البعيدة عن
القلب يحس فيها بصوت واضح مدة تمددها ناشئ عن تموج جدرها ومن
العلامات الواصفة ايضا السير المتموج فى الشرايين الزندية والنبض الواضح
الذى يحس فيها وفى الشرايين التى أصغر منها وجميع هذه الظواهر ماعدا
اللغط الدياستولى الممتد فى الشرايين السباتية يحصل أيضا فى ضخامة

القلب الايسر العظيمة الغير المصحوبة بعدم كفاية غلق الصمام الاورطى الا انه ينضم اليها ظاهرة أخرى فى الشرايين واصفة للآفة الصمامية العضوية التى نحن بصددها وهى زوال تمدد الشرايين زوالاً سريعاً فان هذا التمدد لا يستمر الا برهة قليلة جداً من الزمن وهذه الظاهرة المعروفة بالنبض السريع تنشأ عن كون الشرايين التى تتمدد فى أثناء الستول البطينى يستفرغ الدم منها مدة الحركة الدياستولية للبطين من جهتين فتهبط بسرعة وقد رأى المعلم (تروبه) فى استفراغ الشرايين واسترخائها بسرعة مدة الدياستول توجيه الظاهرة الآتية من أنه فى أحوال عدم كفاية غلق الصمام الاورطى العظيم جداً يسمع أحياناً فى الشريان الفخذى صوت مزدوج وفى بعض الاحوال من هذا المرض تكون العلامات الطبيعية لضخامة القلب الايسر الدائرية قليلة الوضوح جداً فقمة القلب تقرع فى المسافة الضلعية الخامسة أو السادسة وضربات القلب لا تكون رافعة لجدر الصدر ومن أصيب بذلك من المرضى فانه يشكى بضيق النفس لان آفة الصمام لا تكون متعادلة والرئة ممتلئة بالدم وليس عندنا توجيه كاف لهذه الظاهرة الاستثنائية

(العلامات الطبيعية لضيق الصمام الاورطى)

بالبحث بالنظر والجس يستدل على علامات ضخامة القلب الايسر البسيطة فنبضات القلب تكون قوية وقمته متحولة نحو الاسفل غير ان كلا منهما ليس بنسبة درجتهما فى عدم كفاية غلق هذا الصمام وعند الجس يحس بأزيز واضح حذاء الاورطى يصاحب حركة الستول وهذا الازيز يندر جداً فى عدم كفاية غلق الصمام وعند التسمع يحس بلغط ستولى حذاء صمام الاورطى يكون واضحاً جداً وممتداً امتداداً عظيماً بحيث يسمع فى جميع سطح القلب بل وفى جميع سعة الصدر مغطياً لجميع الغاط القلب وفى أثناء حركة الدياستول البطينى يندر أن يسمع صوت ضعيف بل الغالب ان تصطحب هذه الحركة بلغط مرضى فان ضيق هذا الصمام يندر أن يكون منفرداً واللغط الستولى الاورطى يمتد غالباً الى الشرايين السباتية لكن ليس على الدوام وكذا اللغط الثانى من القلب لا يسمع غالباً فى الشرايين السباتية وفى هذا المرض يكون النبض صغيراً سهل الانضغاط وليس ممتلئاً صلباً كما فى عدم كفاية

غلق الصمام و يكون امتلاؤه بطيئا بخلافه فى الاخير فانه يكون سريعا وكثيرا ماتكون ضربات النبض فى الشريان الزندى غير موافقة فى الزمن لضربات القلب بل تتأخر عنه وجميع ماذكر من صفات النبض ناشئ عن كون الموجة الدموية لاتمتد فى البطين الايسر بواسطة الفوهة المتضايقة الى الشرايين الا ببطء ومعرفة ذلك من المهم جدا فى التشخيص وذكر المعلم (تروبة) ان قلة امتلاء الشرايين الاكليلية ينشأ عنها قلة انقباض الطبقة العضلية القليلة الدم فتتناقص سرعة النبض

(المعالجة)

معالجة عدم كفاية غلق الصمام الاورطى هى عين معالجة ضخامة القلب مادام التعادل التام موجودا فينبغى تجنب الافراط فى المآكل والمشارب والامتناع من المشاق الجسمية والعقلية بغاية الاحتراس وتجنب مايحدث الاحتقانات فى الدماغ بواسطة الملينات الخفيفة وأما الفصد العام فلا ينبغى اجراؤه الا فى الاحوال التى فيها يخشى حصول الخطر من ازدياد ضغط الدم فى الدماغ لاسيما وان اجراءه يعين على حصول الاستحالة المرضية فى القلب ويساعد على رقة الدم وسهولة حصول الاستسقاآت وأما تضايق الصمام الاورطى فانه يحتاج لوسايط مخالفة لماذكر فان القصد من معالجته ليس ازالة الاحتقانات الدموية الخفيفة وتلطيف حركات القلب بل القصد منها تحسين تغذية الجسم فيتبعها تغذية القلب بحيث ان انقباضاته تتم بقوة كافية فتغلب على العائق الكائن فى فوهة الصمام الاورطى فيؤمر المريض بالاغذية الحيوانية المقوية وتعاطى قليل من النبيذ ونحو ذلك وهذه الامور يلتجأ الى اجرائها فى هذا المرض بعكسها فى عدم كفاية غلق الصمام فانه لاينبغى استعمالها والاستفراغات الدموية لايسوغ فعلها هنا بالكلية وأما الديجتالا فلا ينبغى استعمالها الا فى الاحوال التى فيها يبتدئ التعادل فى التناقص وأكثر تأثيرها وأجوده فى الاحوال التى فيها تكون ضربات القلب سريعة جدا بحيث ان البطين الايسر لايكون له زمن كاف لاجل دفع متحصله فى أثناء حركة الستول القوية من الفوهة القصيرة

(المبحث السابع)

(فى عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى وتضايق الفوهة الاذينية البطينية اليسرى)

(كيفية الظهور والاسباب)

عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى ينشأ فى معظم الاحوال بالكيفية التى بها يحصل عدم كفاية غلق الصمام الاورطى وفى احوال أخرى قد ينشأ عن تغيرات مرضية فى الاعمدة اللحمية من القلب والوترية له بل هناك أحوال يكون فيها الصمام القلنسوى فى حالة عدم كفاية غلق مدة الحياة بدون أن يوجد فيه تغيرات مدركة فى الجثة وأما تضايق الفوهة الاذينية البطينية التى كثيرا ما نشاهد مع عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى فانه يحصل اما من انقباض الفوهة الصمامية وضيقها او من التصاق شرافات الصمام ببعضها او التصاق الاحبال الوترية

وأسباب هذا العيب فى الصمام ناشئة غالبا عن التهاب الغشاء الباطن من القلب أو التهابه العضلى ويندر أن ينشأ عن التغير الاثرومانوزى وانما فى الاحوال التى فيها ينضم الى عيب الصمام الاورطى آفة عضوية فى الصمام القلنسوى تكون ناشئة عن شكل الالتهاب المزمن المكون للاثرومانوزى

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التى توجد فى أحوال عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى عبارة عن قصر عظيم فى شرافات الصمام مع ثخن وتيبس فيها وكثيرا ما تشتمل على تراكمات كلسية مسطحة وتفقد الشرافات الرفيعة من حوافى الصمام الدقيقة السائبة فهذه الاخيرة تكون حوية ثخينة متكاثفة مندغما فيها الخيطة وترية ناشئة من الاعمدة اللحمية للقلب بحيث لا يوجد أثر من التفرعات الثانوية للاخيطة الدقيقة الوترية الناشئة من التفرعات الاولى ومندغمة فى شرافات الصمام وفى أحوال أخرى يوجد بدلا عن هذه التغيرات أومعها تمزق فى الصمام يصيب بالاكثر الاخيطة الوترية بحيث يتضح بالنظر زيادة عن كونها مجلسا للتولدات المرضية التى سبق شرحها انها كانت تتقلب فى الاذين مع الصمام فى أثناء حركة سستول البطين باندفاعها

بالتيار الدموى الذى يتقهقر فى الاذين واندر من ذلك أن تكون الاعمدة اللحمية ملتصقة بالصمام القلنسوى او ان الصمام نفسه يكون ملتصقا بجدر القلب بحيث ان شرافاته لايمكنها التقارب من بعضها وبالجملة قد يوجد فى بعض الاحوال استحالات مرضية وتيبس تمتد فى الاعمدة اللحمية ويكون ذلك سببا للآفة العضوية التى نحن بصددها وعند فقد تلك التغيرات التشريحية التى تدل على عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى دلالة أكيدة يغلب ويقرب للعقل ان الاعمدة اللحمية فى مثل هذه الاحوال تكون محلا لتغيرات غير مدركة ومن المهم معرفة التغيرات التى تظهر فى تجاويف القلب وجدره فى أحوال عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى فالاذين الايسر الذى يتقهقر الدم اليه ويرجع فيه مدة ستول البطين يكون على الدوام متمددا تمددا عظيما وجدره ثخينة وكذا الاوردة الرئوية تكون متمددة هى والشرايان الرئوى وكذا القلب الايمن أعنى البطين الايمن والاذين الايمن يكون فى حالة تمدد ايضا والبطين الايمن يكون مجهوداته متزايدة يقع فى حالة ضخامة عظيمة جدا بحيث ان سمك جدره يصل الى ثخن جدر البطين الايسر بحيث لاتهبط جدره عند شقه كما فى الحالة الطبيعية بل يبقى محل الشق منفتحا وتلك الجدر ذات مقاومة مثل جدر البطين الايسر ويكاد يوجد على الدوام مع ذلك تمدد وضخامة فى البطين الايسر الذى كان الدم يسيل فيه مدة استرخائه بضغط متزايد

وكانت شرافات الصمام القلنسوى تكون قصيرة فى حالة عدم كفاية غلق هذا الصمام تكون متضايقة فى العرض فى حالة تضايقه وانكماش الصمام فى هذا الاتجاه اوفوهته هو السبب الغالب الذى به يعاق سيلان الدم من الاذين الايسر الى البطين الايسر وحيث كان من الواضح ان الصمامات المنتفخة عقب اصابتها بالتهاب الغشاء الباطن من القلب المتكون فيها منسوج خلوى جديد التكوين وانكمشت فى احد اتجاهاتها يكاد الصمام على الدوام يكون اكثر قصرا وعرضا فينشأ عن ذلك عدم كفاية الغلق والتضايق فى آن واحد وفى أحوال أخرى تكون الحوافى السفلى من شرافات هذا الصمام أو الاعمدة الوترية ملتصقة ببعضها بحيث يكون هذا الصمام نوع قمع عرضه

فوالاذين وفتحته الضيقة فوالبطين وضيق هذه الفتحة قد يكون عظيما بحيث يتعذر ادخال انملة الخنصر فيها وكذا التولدات القطرية فى الصمامات التى هى كثيراما تكون فى أحوال عدم كفاية غلق الصمام على شكل ترا كمات متيبسة حلية مغطية للصمام تعين على تضايق فوهته وكذا يوجد على الدوام فى أحوال تضايق الصمام القلنسوى كل من الاذين الايسر والاوردة الرئوية والشريان الرئوى والبطين الايمن والاذين الايمن متمددا وجدر التجاويف القلبية المتمددة يظهر فيها الضخامة التى تقدم شرحها وأما البطين الايسر فيظهر فيه حالة مخالفة لما يحصل فيه عند وجود عدم كفاية غلق هذا الصمام فانه بدل أن يكون هنالك واقعا فى الضخامة متمددا يكون هنا غالبا ضيقا وجدره مسترقة أكثر من كونها سميكة وقد تقدم توضيح هذه الحالة فان الضغط الذى يندفع به الدم فى هذا البطين وان كان عظيما الا ان الضغط الواقع على جدره يكون خفيفا لان ازدياد القوة الدافعة يضعف بازدياد المقاومة الموجودة فى الفوهة المتضايقة

(الاعراض والسير)

نتيجة عيب الصمام القلنسوى بالنسبة للدورة وتوزيع الدم كان حقها ان تكون مثل النتيجة التى تحصل فى عيب صمام الاورطى غير المتعادل متى لم يكن عيب الصمام متعادلا فانه فى أثناء حركة السستول البطينى عند عدم كفاية الغلق لا يندفع الا جزء من الدم فى الاورطى ويتقهقر الجزء الآخر منه فى الاذين الايسر وفى تضايق هذا الصمام لا يهرع الا قليل من الدم الى البطين الايسر ففى كلتا الحالتين كان حق كمية الدم المندفع أن تكون قليلة والدورة بطيئة وكذا أوعية الدورة الكبرى كان حقها أن لا يوجد فيها الا قليل من الدم فتنقبض عروتها وكان حق الدم أن يكون متراكما فى أوعية الدورة الصغرى بدلا عن الكبرى ولو كانت أوعية الصغرى لا تقبل كمية الدم العظيمة لاحتبس الدم فى أوردة الدورة الكبرى وجميع هذه الاضطرابات الدورية وتوزيع الدم يمكن تعادلها فى أحوال عيوب صمامات الاورطى بواسطة ضخامة البطين الايسر وكذا يمكن تعادل معظم الاضطرابات الدورية لا جميعها فى احوال عيوب الصمام القلنسوى بواسطة ضخامة البطين

الايمن فان القلب الايمن المتمدد الواقع فى الضخامة يدفع كمية عظيمة جدا من الدم بقوة عظيمة فى أوعية الدورة الصغرى بحيث ان الدم الكائن فى الاوردة الرئوية والمحاط بجدر هذه الاوردة المتمددة يكون تحت ضغط قوى جدا فيترتب على ذلك سيلان الدم ولو بقطع النظر عن تأثير الاذين الواقع فى الضخامة بقوة وسرعة عظيمتين فى البطن الايسر بحيث ان تأثير تضايق الصمام يتعادل بالكلية فالبطين الايسر يقبل كمية كافية من الدم ولو مع التضايق فلا تبطئ الدورة ولا يتناقص امتلاء الاورطى وبهذه الكيفية يمنع امتلاء الاوردة الرئوية وتوتر جدرها تقهقر الدم بكمية عظيمة ولو مع عدم كفاية غلق الصمام بل يكون البطين الايسر متمدد ضخما فى الغالب كما ذكرنا ذلك بحيث يملئ الاورطى امتلاء كافيا ولو مع تقهقر كمية من الدم وبذلك تمنع ضخامة البطين الايمن بطء الدورة وقلة امتلاء الشرايين وكثرة امتلاء أوردة الدورة العظمى لكن هنالك اضطراب دورى تمنع منه ضخامة البطين الايسر فى أحوال عيوب الصمامات الاورطية ولا تمنع منه ضخامة البطين الايمن المعادلة فى أحوال عيوب الصمام القلنسوى وهذا الاضطراب هو الامتلاء العظيم لاوعية الدورة الصغرى واحتباس الدم فيها

وهذه الاستنباطات الفسيولوجية التى هى فى الحقيقة مجرد تعقلات طبيعية تطابق بالكلية المشاهدات الاكلينيكية فان المصابين بعيوب الصمام القلنسوى يكونون على الدوام ضيقى النفس عقب احتقان الرئة الشديد وحيث ان أوعية الشعب لا يعتريها الامتلاء الدموى مثل أوعية الخلايا الرئوية فضيق النفس لا يكون على الدوام مصحوبا بحالة نزلية شعبية لكن حيث ان الشرايين الشعبية تنضم مع الشرايين الرئوية وان جزأ من الدم يسيل من الاوعية الشعرية للشرايين الشعبية الى الاوردة الرئوية فلابد وأن ينضم فى كثير من الاحوال بل فى معظمها الى ضيق النفس نزلات شعبية بالتدريج وفى هذا الزمن أو بعده فى الدور الاخير من سير هذا المرض وهو الغالب يمكن أن تهلك المرضى من أوذيما الرئة الحادة وذلك متى أدى الاحتقان الاحتباسى فى أوردة الدورة العظمى والقناة الصدرية الى رقة فى سائل الدم وحصل ازدياد فى فعل القلب الايمن الضخم بواسطة مجهودات

جسمية أو غيرها من الاسباب
ثم ان المرضى المصابين بعدم كفاية غلق الصمام القلنسوى أو تضايقه يكونون متمتعين بحسب الظاهر بحالة صحية عامة نسبية كالمصابين بعيوب فى الصمامات الاورطية ولذا يعد خطأ اعتبار التلون السيانوزى عرضا ملازما لعيب الصمام القلنسوى وفى أحوال تضايق هذا الصمام سيما المصحوب بعدم كفاية غلقه يصبح التعادل بسرعة غالبا لكنه يكون غير تام وأقل ما هنالك ان المرضى تكون ذات لون باهت لضعف امتلاء شراينها لكن قلة متحصل الشرايين لا تكفى فى امتلاء الاوردة امتلاء عظيما مدركا سيما وان جزأ عظيما من الدم يكون متجمعا فى الدورة الصغرى
ثم بعد استمرار هذه الحالة مدة قصيرة أو طويلة من الزمن تتغير حالة المرض فان للضخامة المعادلة للبطين الايمن حدودا معلومة لا تتجاوزها بخلاف عيب الصمام فانه يزداد بواسطة التهاب جديد فى الغشاء الباطن من القلب أو أن تطرأ الاحوال التى بيناها فى المبحث السابق التى يصير بها التعادل غير تام فبذلك يقل امتلاء الاورطى وتفرعاته شيأ فشيأ ويتناقص الافراز البولى وتمتلئ الاوردة والاوعية الشعرية للجلد بالدم وتتلون الشفتان والوجنتان بلون مزرق وعوق استفراغ الاوردة الدماغية ينتج عنه ثقل فى الرأس وألم فيه ونحو ذلك وينتفخ الكبد بسرعة فتشتكى المرضى بضغط وامتلاء فى المراق الايمن ويكون الكبد ورما مدركا بالقرع والجس يكاد يمتد الى السرة وقد يصير الاحتقان الاحتباسى فى اوردة الكبد عظيما جدا بحيث ان الاوعية الدموية المتوترة تضغط على القنوات الصفراوية فيحصل احتباس الصفراء وامتصاصها وكذا الغشاء المخاطى للقنوات الصفراوية قد يكون مجلسا لالتهاب نزلى عقب احتقانه الوريدى الاحتباسى فالمواد المخاطية المتكونة عن ذلك يمكن انها تسد المسالك الصفراوية وتحدث امتصاصا فى الصفراء وحينئذ يتلون الجلد بلون مصفر خفيف وباختلاطه باللون السيانوزى يكسب المريض تلونا مخضرا وكذا يظهر فى كل من الغشاء المخاطى المعدى والمعوى حالة نزلية عقب احتقانه الاحتباسى فتنفتح الاوردة الباسورية ويؤدى الاحتقان الاحتباسى فى أوردة الرحم الى اضطرابات فى الحيض وغير

ذلك

ذلك وعند ارتقاء هذا الاحتقان فى أوردة الكليتين لدرجة عظمى تظهر
اضطرابات فى افراز البول كالتى تنشأ عن ربط الاوردة الكلوية فالبول
القليل يحتوى على زلال وكرات دموية واسطوانات ليفية أى نضحية وهى
عبارة عن منطبع القنوات البولية المكرسكوبية المندفعة بالبول
وسنتكلم على أهميتها المشخصة عند الكلام على أمراض الكلية وكذا
يتزايد كم الدم فى الاذين الايمن متى تناقص فعل التعادل للبطين الايمن فيمتلئ
هذا الاذين بجلط دموية منعقدة تتخلل فى الانبعاجات الكائنة بين أعمدته
اللحمية وتعظم شيأ فشيأ وان اندفعت احدى هذه الجلط الدموية بواسطة
التيار الدموى وسحبت فى الدورة الصغرى نشأ عن ذلك سدد سيارة فى فروع
الشرايين الرئوية العظيمة فينتج عن ذلك السدد الدموية كما ذكرناه فى
المبحث السابع من الفصل الثالث موضحا واحتقان الاوردة الاحتباسى
ينتج عنه زيادة عن ذلك العرض المهم الملازم لعيب الصمام القلنسوى عند
استمراره زمنا طويلا وهو الاستسقاء والذى يعين على حصول ذلك كما وضحناه
فيما تقدم هو رقة الدم لاسيما تناقص المواد الزلالية منه أى فقر الدم منها
وفقر الدم هذا يسهل توجيهه بالاحتقان الاحتباسى الذى يمتد عند عوق
انصباب الدم الوريدى فى القناة الصفراوية واحتقان القناة الصفراوية
الاحتباسى ينتج عنه ولابد عوق فى وصول عناصر التكوين العضوية الى
الدم ويكاد يبتدئ الاستسقاء على الدوام فى الاطراف خصوصا حول الكعبين
ومنهما يمتد الى الساقين والفخذين تدريجا ثم الى أعضاء التناسل الظاهرة
والمنسوج الخلوى تحت جلد البطن وبالجملة يمتد الى باقى أجزاء الجسم وكذا
التجاويف المصلية تصير مجلسا لتجمعات استسقائية فيحصل استسقاء زقى
وصدرى وتامورى وقد تمضى عدة سنين من ابتداء ظهور هذا الاستسقاء
حول الكعبين حتى يصير عموميا وبه تهلك المرضى غالبا وفى أثناء هذه المدة قد
تحسن حالة المرضى تارة وتارة تتناقل وتنتفخ الاقدام تارة وتارة لا وفى
أحوال أخرى يحصل للمرضى هلاك سريع من وقت ظهور الآثار
الابتدائية للاستسقاء وفى كثير من الاحوال يظهر عند ارتقاء الارتشاح
الاوذيماوى فى الاعضاء التناسلية الظاهرة والجهة الانسية من الفخذ وغير

ذلك من الاعضاء التهاب ارتماوى يصير المريض فى حالة ضجر عظيم ولا يندر أن يكون سببا فى غنغرينة الجلد المنتشرة وبالجملة اذا ظهر عند المريض استسقاء صدرى أو تامورى صارت حالته فى اشد درجة من اليأس فان عسر التنفس يرتقى الى اعلى الدرجات فلا يكون للمريض قدرة على الاضطجاع فى فراشه الى أن يملأ السائل المصلى جميع الخلايا الرئوية وبانشحان الدم بحمض الكربون يحصل عنده خدر يكون سببا فى هدئه أقلها فى الساعة الاخيرة من الحياة ومعظم المرضى وان هلك بالاستسقاء وأوذيما الرئتين قديهلك عدد قليل منهم بنتائج التغيرات الانتقالية أو السدد الدموية فى الرئتين أو بامراض أخرى تطرأ عليهم ومن العسر أن يحكم فى كل حالة راهنة على درجة مساعدة داء بريكت المضاعف فى الموت السريع وعلى كل حال فالبول الزلالى يساعد فى حصول الاستسقاء سواء كان ناشئا عن داء بريكت أو لا

(العلامات الطبيعية لعدم كفاية غلق الصمام التنفسوى)

بالنظر والجس يشاهد ويحس بارتجاج عظيم بل وارتفاع ثم انخفاض فى جميع امتداد جدر الصدر الملامسة للبطين الايمن الواقع فى الضخامة وقمة القلب يكون متحولا الى الوحشية نحو الخط الابطى وساقطا الى الاسفل بقليل ومع ارتجاج الصدر يحصل أيضا ارتجاج منتظم فى القسم الشراسيفى وجميع هذه الاعراض قد ذكرت عند التكلم على الضخامة القلبية اليمنى الخاصة بها وبالقرع يتضح كذلك امتداد أصمية القلب عرضا كما تقدم وبالتسمع يحس حذاء قمة القلب بدلا عن الصوت الاول من القلب بلغط مرضى ناشئ عن التموجات غير المنتظمة للصمام فانه يكون خشنا غير مستو وعلى حالة لا تسمح له بالتموجات المنتظمة الطبيعية (راجع ذلك فى مبحث التهاب الغشاء الباطنى للقلب) وقد يقوى هذا اللغط عند التسمع نحو الوحشية والاعلى من قمة القلب فان البطين الايسر يتزحزح عن جدر الصدر بواسطة البطين الايمن الواقع فى الضخامة وتتكون اذذا القمة القلب من البطين الايمن وحيث ان اللغط الثانى من القلب فوق البطين يمتد بواسطة الشراءيين فقط فلا تظهر فيه تغيرات مرضية عند عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى المحض وتكون ألغاط القلب فوق منشا الاورطى ضعيفة

وقوية عالية فوق منشأ الشريان الرئوى سيما اللغط الثانى ولهذه القوة من هذا اللغط أهمية تشخيصية سيما عند مقارنتها بقوة اللغط الاول بل وقد يحس فى أثناء دياستول البطين عند منشأ الشريان الرئوى بقرع واضح ولا يحصل مطلقا نبض وريدى حقيقى أعنى تمدد ادوريا وريديا فى أحوال عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى البسيط أعنى الغير المضاعف بعيب مرضى فى الصمام ذى الشرافات الثلاثة وانما لا يندر أن يشاهد تموج فى الاوردة الودجية مطابق لحركة سستول البطين وهذه الظاهرة تنشأ من كون القرع القوى للعمود الدموى الذى به يرتج الصمام ذو الشرافات الثلاث يمتد بعيدا فى هذا العمود فانه أى العمود الدموى ممتد من أعلى هذا الصمام الى الاوردة الودجية ولا يكون منقطعا الا بالصمامات الوريدية الرقيقة وهذه الاخيرة وان أمكنها منع تقهقر الدم لا يمكنها أن تمنع ارتجاج العمود الدموى الوريدى الممتد الى الاوردة الودجية كما ذكره (بمبرجر)

(العلامات الطبيعية لتضايق الصمام القلنسوى)

بالنظر والجس يستدل هنا أيضا على علامات الضخامة الدائرية من القلب الايمن وضربات القلب لا تكون شديدة القوة هنا كما تكون فى عدم كفاية غلق هذا الصمام فان القلب الايسر فى هذا المرض لا يكون مشتركا فى الضخامة وزيادة على ذلك يحس غالبا فى هذا المرض بأزيز خفيف فى قمة القلب أكثر مما يوجد فى عدم كفاية غلق هذا الصمام ويسمى هذا الازيز بقراءة القطط وهو ظاهرة تسبق حركة ضربات القلب وتزول بسرعة عند حلولها وقد تكون واضحة جدا حتى انها تدرك من خلال الملابس ولو الثخينة وهذا اللغط واصف لتضايق الصمام القلنسوى بحيث يكاد يكفى فى تشخيصه وعند التسمع يكاد يحس على الدوام فى قمة القلب بلغط ممتد طويل فى أثناء الدياستول فان الدم يمر فى الحالة الطبيعية من فوهة هذا الصمام بدون أن يحدث لغطا احتكاكيا واما اذا مر الدم بقوة من هذه الفتحة المتضايقة فانه يحدث لغطا احتكاكيا يكون أكثر وضوحا كلما كان مرور الدم سريعا وكان السطح الصمامى المار عليه خشنا وعديم الاستواء وحيث ان الدم يحتاج لزمن طويل لكى يمر من الاذين الى البطين و يملؤه من الفوهة

المتضايقة لهذا الصمام كان اللغط الناتج عن تضايق هذا الصمام أكثر طولا من جميع الالغاط المرضية للقلب بل انه يشغل جميع الفترة ويمتد الى اللغط الستولى الذى يقطع هذا اللغط وينهيه ولذا قال المعلم (تروبه) ان اللغط المتقدم على الستول فى قمة القلب عرض واصف لتضايق الصمام القلنسوى وان فقدت الخشونة الموجودة فى هذا الصمام المتضايق وكان التضايق قليلا وكمية الدم متناقصة فقد هذا اللغط ويسمع بجواره الصوت الثانى من القلب الممتد بواسطة الشرايين اذا كان هذا اللغط غير واضح جدا واستماع صوت القلب الاول أو لغط مرضى بدلا عنه يتعلق بقابلية غلق هذا الصمام والصوت الثانى الممتد فى الشريان الرئوى يكون هنا قويا أيضا

(المعالجة)

ليس من الممكن بأى كيفية ازالة العيوب المرضية للصمام القلنسوى بواسطة الطرق العلاجية وكذا ليس لنا قدرة على ازالة الضخامة التابعة للبطين الايمن بقطع النظر عن كونها ذات تأثير جيد معادل بالنسبة لتوزيع الدم فالمعالجة حينئذ لا تكون الاعرضية موجهة نحو الظواهر المرضية الكثيرة الوضوح والخطر

وأما الاحتقان الرئوى فهو نتيجة ملازمة لعيوب الصمام القلنسوى وكلما كان تعادل هذا الصمام تاما كان الاحتقان الرئوى عظيما ولا يمكن منع حصول هذا الاحتقان ولا تحسينه مطلقا تحسينا مستمرا وانما متى صار هذا الاحتقان شديدا جدا وكانت الاوذيما الرئوية التابعة له مهددة بالحصول وجب فعل معالجة قوية مع الاقدام والتأمل فى هذا الامر ضرورى جدا فان الواسطة العلاجية المؤثرة فى الاحتقان الرئوى وهو الفصد العام وان كان يبعد الخطر الوقتى الا انه واسطة خطرة للغاية بالنسبة للمرضى فانه ولو مع امتلاء الاوردة امتلاء عظيما لم يكن قد حصل ارتشاح المصل فى المنسوج الخلوى تحت الجلد قبل الفصد لكن بعده بقليل ترجع كمية الدم الى حالتها وتصير سائل الدم رقيقا جدا بحيث انه يرتشح فى المنسوج الخلوى تحت الجلد ولو كانت حالة الضغط الباطنى الوعائى التى لم يرتشح بها باقية على ماهى عليه ولذا كانت العلامات الابتدائية للاستسقاء العمومى تتضح بعد

أول فصد غالبا ومع ذلك فهذا الاعتبار لا يمنعنا من فعل الفصد ما دام حفظ الحياة الوقتى متعلقا به (راجع مبحث الاحتقان والاوذيما الرئويتين)

وعندنا واسطة قوية جيدة التأثير فى تلطيف الاحتقانات الرئوية بل وظواهر الاحتقانات الاحتباسية فى الدورة العظمى التى تظهر فى أثناء سير عيوب الصمام القلنسوى وهى الديجتالا وهذا يقال على الخصوص عند وجود احتقانات احتباسية فاننا ان أمكنا ابطاء حركات القلب بواسطة الديجتالا اكتسب الاذين زمنا كافيا فى دفع متحصله فى البطين من الصمام المتضايق وقد يتيسر لنا بتأثير هذا الجوهر الدوائى احداث استطالة فى حركة انقباض تجاويف القلب وانبساطها بحيث ان اللغط المرضى الذى يسمع حذاء قمة القلب يصير منفصلا عن اللغط السستولى التالى له بفترة واضحة كما ذكره (ترويه) بمعنى ان هذا اللغط لا يصير متقدما على حركة السستول وبذلك يحصل عند المرضى سكون وراحة واضحة فيصير التنفس سهلا ويزول انتفاخ الكبد ويتناقص كل من اللون السيانوزى والاستسقاء وقد شاهدنا زوالهما فى بعض الاحوال زوالا تاما بل وقد شاهدنا فى أحوال عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى سيما متى كانت حركات القلب سريعة فى السنين الاخيرة التى بها اقتصار اعطاء الديجتالا بمقدار وافر مع الاقدام وتخلصنا من أسر نظريات المعلم (ترويه) تناقص كل من الاستسقاء والسيانوز وانتفاخ الكبد أو زواله بالكلية مع ازدياد غزير فى الافراز البولى وذلك بعد استعمال منقوع الديجتالا جملة مرات فقد تحقق لنا انه باعطاء الديجتالا يمكن ارجاع واعادة قوة التعادل بعد ان صارت غير تامة مدة من الزمن وكذا يستعمل كل من الزرنيخ والانتيمون فى أحوال عيوب الصمام القلنسوى بالمقادير التى سبق ذكرها

ومن المشكوك فيه جدا كون الوسايط العلاجية المدرة للبول لها أدنى تأثير فى الاستسقاء عند المصابين بأمراض فى القلب والديجتالا ان أحدثت ادرارا فى البول فذلك ينسب ولا بد لتحسين اضطراب الدورة واحداثها لامتلاء قوى فى الشريان الاورطى والشرايين الكلوية تبعا لذلك هى والتلافيف الوعائية لمالفجى (ملبيجى) فالواسطة الدوائية التى يمكنها

احداث ازدياد فى الافراز البولى المتناقص عند المصابين بأمراض فى القلب ينبغى أن يكون لها ولا بد تأثير فى الدورة على العموم مثل الديجتالا أو انها تحدث تمددا فى الاوعية الشريانية للكليتين بحيث يمرع لها كمية عظيمة من الدم من الاورطى القليل الامتلاء أو انها أخيرا تحدث تغيرا فى جدر الاوعية بحيث تصير كالمصفاة الواسعة فيمر منها كمية عظيمة من السائل بسرعة ومع ذلك فلا يجوز ترك استعمال كل من طرطرات البورق والكربونات القلوية و بصل العنصل عند تناقص الافراز البولى وتزايد الاستسقاء العام تدريجا مادام العمل جاريا باستعمال هذه الجواهر الدوائية

وعلى كل حال فتأثيرها بالنسبة لادرار البول والاستسقاء عند المصابين بأمراض القلب غير واضح وغير كبير الفائدة

وأما الاستحضارات الحديدية والاغذية المشتملة على مواد زلالية وغيرها من العناصر الاولية فى التغذية فانها ذات تأثير جيد ولا بد بالنسبة للاستسقاء وقد ذكرنا فيما تقدم انه لايمكننا توجيه التأثير الجيد الذى تحدثه الاستحضارات الحديدية فى تركيب الدم وهو عبارة عن ازدياد كراته الحمراء ومواده الزلالية لكن من المعلوم ان القصد كما يعين على حصول الاستسقاء باحداثه رقة فى الدم كذلك الاستحضارات الحديدية والاغذية الكثيرة الازوت لها تأثير مضاد لحصول الاستسقاء لانها تصير سائل الدم أكثر تركزا ولذا ينبغى الاهتمام باستعمالها فى معالجة عيوب الصمام القلنسوى والاورطى

والمعالجة العرضية التى يصير اجراؤها بهذه الكيفية مع اعتبار ادوار المرض ينتج عنها نتيجة جيدة بخلاف غيرها من الطرق العلاجية فلا طائل فيه بل مضر البتة

(المبحث الثامن)

(فى عدم كفاية غلق الصمام السينى وتضايق فوهة الشريان الرئوى)

حيث يكاد التهاب الغشاء الباطنى من القلب مدة الحياة خارج الرحم لا يصيب القلب الايمن وكان أنيوريزما الشريان الرئوى من النوادر كان من الواضح ان عيوب صمام الشريان الرئوى لانشاهد فى فوهة هذا الشريان الا فى أحوال نادرة جدا فان هذه العيوب العضوية للصمامات تكون على العموم نتيجة

لاحد هـذين التغير ين المرضيين وعدم كفاية غلق الصمام السينى للشريان الرئوى ينشأ عن نفس الامور التى ينشأ عنها عدم كفاية غلق الصمام الاورطى والاحوال القليلة من تضايق الصمام التى صار شرحها لم تكن قاصرة على فوهة هـذا الصمام نفسه بل كان معظمها عبارة عن تولد ندبى حلقى فى المخروط الشريانى للبطين الايمن واعراض عدم كفاية غلق صمام الشريان الرئوى يظهر انها متعلقة بالضخامة الدائرية للبطين الايمن كما ان اعراض عدم كفاية غلق الصمام الاورطى تكون متعلقة بالضخامة الدائرية للبطين الايسر وكمية الدم التى كانت محتوية عليها الرئتان فى الاحوال القليلة المشاهدة من هـذا المرض كانت متزايدة لا متناقصة وقد ظهر فى أثناء سير عدم كفاية غلق هـذا الصمام كل من ضيق النفس والسدد الدموية الرئوية بل والسل الرئوى ويظهر ان تضايق فوهة الصمام الرئوى لا يتم تعادلها بواسطة ضخامة البطين الايمن التابعية بحيث ينضم اليه بسرعة علامات كل من زيادة امتلاء اوردة الدورة العظمى والسيانوزو الاستسقاء ونحو ذلك

ثم ان تشخيص العيوب المرضية لصمام الشريان الرئوى لا يتأتى الا بواسطة البحث الطبيعى فان الاضطرابات الوظيفية التى تحصل فى هذا المرض تسمح بتوجهات متعددة ويوجد فى كلتا الحالتين الاعراض المتكرر ذكرها الدالة على ضخامة البطين الايمن سيما فى حالة عدم كفاية غلق الصمام ويحس عند التسمع بلغط مرضى فى محاذاة منشا الشريان الرئوى (أعنى فوق غضروف الضلع الثالث اليسارى) وهـذا اللغط يسمع فى أثناء حركة السستول عند تضايق الصمام وفى أثناء الدياستول عند وجود عدم كفاية غلقه وهذه الالغاط المرضية تحصل بعين الكيفية التى تحصل بها فى صمام الاورطى وهى تمتد مع الوضوح فوق البطين الايمن والجهة العليا اليسرى من الصدر ولا تسمع فى الشرايين السباتية وينبغى التأنى والاحتراس عند تشخيص هذا العيب المرضى الصمامى لانه نادر الحصول جدا والتأكد من كون اللغط المرضى المحسوس بالتسمع فى مقابلة الشريان الرئوى أكثر وضوحا فى هـذا الصفر أو ممتدا من الاورطى

ثم ان معالجة العيب المرضى لصمام الشريان الرئوى لاتكون الاعرضية أيضا و ينبغى فيها اتباع الوسايط العلاجية التى ذكرناها فى المبحثين السابقين بالنسبة لمقاومة العوارض الخطرة الناتجة عنه

(المبحث التاسع)

(فى عدم كفاية غلق الصمام ذى الشرافات الثلاث وتضايق فوهته)

قد كان يعتبر سابقا ارتكانا على أمور نظرية كثرة وجود عدم كفاية غلق هذا الصمام وجودا نسبيا فانه كان يوجد تمدد عظيم جدا فى فوهة هذا الصمام وكان يظن أن الصمام ليس له قدرة على غلقها لكن فى الواقع ان عدم كفاية الغلق النسبية المذكورة لهذا الصمام ان وجدت كانت من النوادر فان عند تمدد الفوهة واتساعها يتمرض الصمام ويستطيل ويصير كافيا فى الغالب فى غلقها ولو تمددت وكذا يندر حصول تغيرات مرضية أولية ذاتية فى الصمام ذى الشرافات الثلاث كثخنه وانكماشه والغالب انها تكون مصاحبة لعيوب مرضية فى الصمام القلنسوى بل قد اعتبر الشهير (بمبرجر) ان اصطحاب عيوب كل من الصمام القلنسوى وذى الشرافات الثلاث هو أغلب هذه العيوب وجودا وقد شاهد بامبرجر مرات انكماشا قليلا فى الصمام ذى الشرافات الثلاث مصاحبا لتضايق عظيم فى الصمام القلنسوى

ثم انه فى أحوال عدم كفاية غلق الصمام ذى الشرافات الثلاث بقطع النظر عن تضايقه النادر جدا يحصل تقهقر فى الدم من الاوردة الاجوفية أثناء حركة السستول البطينى وحيث ان البطين الايمن يكون غالبا واقعا فى الضخامة عقب وجود آفة فى الصمام القلنسوى كان حصول هذا التقهقر فى الاوردة الاجوفية بقوة عظيمة فتتمدد تلك الاوردة وكذا الاوردة الودجية تمددا عظيما وتصير صمامات الاوردة الاخيرة التى تمنع من تقهقر الدم فى الاوردة الودجية عندما تكون فى حجمها الطبيعى غير كافية فى منع تقهقر الدم فيها عند تمدد تلك الاوردة فيمتد تقهقر الدم منها حتى يصل الى الاوعية العنقية فالنبض الواضح المحسوس فى الاوردة الودجية المتمددة عرض واصف لعدم كفاية غلق الصمام الاذينى البطينى الايمن وقد يشاهد فى بعض أحوال من عدم كفاية غلق هذا الصمام نبض واضح فى الكبد سيما الفص اليسارى

منه وهذا الظاهرة يظهران بعضها متعلق بنبض فى الوريد الاجوف السفلى ممتد الى الكبد و بعضه متعلق بنبض فى أوردة الكبد نفسها وزيادة على ذلك يحس بلغط مرضى مستولى واضح فى الجزء الاسفل من القص وهذا اللغط وكذا النبض الوريدى يستدل منهما على حقيقة التشخيص و ينبغى هنا التأكد أيضا من كون اللغط أكثر وضوحا فى هذا الصفر وليس ممتدا من الاورطى أو من البطين الايسر

وحيث ان عدم كفاية غلق الصمام ذى الشرافات الثلاث ينتج عنه أشد احتقان احتباسى فى أوردة الدورة العظمى كان عيب هذا الصمام أسرع انتاجا للسيانوز والاستسقاء

(المبحث العاشر)

(فى الاستحالات المرضية للجوهر العضلى من القلب والتولدات الجديدة والطفيلية فيه)

(الصفات التشريحية وكيفية الظهور والاسباب)

أما لين الجوهر العضلى من القلب واسترخاؤه وهشاشته بحيث يكتسب حالة نصف نضج فلا يندر أن توجد فى جثة المرضى الهالكين بالتيفوس أو التسمم العفن من الدم أو الحمى النفاسية ونحو ذلك ولا يوجد تغير مادى مدرك فى جوهر القلب وينبغى الاحتراس فى اعتبار القلب المسترخى بواسطة التعفن الرمى واقعا فى اللين مدة الحياة ودرجة التعفن التى يكون عليها باقى الاعضاء هى التى يرتكن اليها فى التمييز بين هاتين الحالتين

وأما الاستحالة الشحمية فى القلب فتنقسم الى شكلين وهما أولا تزايد الطبقة الشحمية الكائنة على السطح الظاهر من القلب فى الحالة الطبيعية تزايدا عظيما وثانيا الاستحالة الشحمية لنفس الالياف العضلية ففى الحالة الاولى يوجد على القلب سيما على مسير الشرايين الاكليلية وحوافى القلب وفى الميزاب الذى بين تجاويفه طبقة شحمية سمكها نصف قيراط أحيانا والطبقة العضلية من القلب الكائنة أسفل الطبقة الشحمية تكون اما على حالتها الطبيعية أو واقعة فى الضمور مستدقة بسبب الضغط الواقع عليها من الشحم وقد يحصل ضمور الطبقة العضلية فى بعض الاحوال أثناء تكون الجوهر

الشحمى بدون أن يكون نموّه عظيما جدا فنموّ الشحم حينئذ يكون واقعا على الجوهر العضلى للقلب نفسه بحيث ان جدر القلب الحافظ لسمكها الطبيعى تتكون من منسوج شحمى ثم ان التكون الشحمى العظيم للقلب يصاحبه التكون الشحمى العام بكثرة سيما عند التقدم فى السن ولو مع سلامة البنية وكذا تشاهد هذه الاستحالة عند المصابين بالسرطان وغيرهم من المصابين بسوء قنية أخرى سيما السكارى وأما الحالة الثانية وهى الاستحالة الشحمية للالياف العضلية فهى عبارة عن استحالة تلك الالياف استحالة تدريجية الى كرات شحمية تملأ أغماد الالياف المذكورة بالكلية وباختلاطها مع بعضها يتكون عنها نقط شحمية عظيمة وبذلك يتغير لون الجوهر العضلى من القلب ويستحيل الى مادة سهلة التمزق ممتقعة رخوة والاستحالة الشحمية من القلب تكون تارة ممتدة الى أجزاء عظيمة وتارة قاصرة على بعض أجزاء محدودة سيما العضلات الحلمية وقد تكون ظاهرة من ظواهر الضمور الشيخوخى مصاحبة للقوس الشيخوخى ولاستحالة ممتدة فى جدر الشرايين ونحو ذلك كما تصاحب احوال النهوكة التى تظهر عند المصابين بالسرطان او داء بريكت ونحو ذلك كما ان كلا من تعظم الشرايين الا كليلية وضغط الانسكاب التامورى بل والضغط الواقع على القلب من التكون الشحمى السابق ذكره يمكن ان يؤدى لاستحالة شحمية فى الطبقة العضلية من هذا العضو وبالجملة فننبه على الاستحالة الشحمية فى بعض أجزاء القلب الواقعة فى الضخامة عند وجود عيوب مرضية فى الصمامات القلبية أو انفزيمارثوية وكيفية ظهور هذا الشكل الاخير غير واضحة وليس لها شبيه وأما الاستحالة الشحمية للجوهر العضلى من القلب عقب التغذية الرديئة أو الضغط أو نحو ذلك فلها شبيه بالنسبة لحصولها فى غير هذا العضو من الاعضاء الرديئة التغذية ولا يندر أن تشاهد استحالة بجمنتية فى الالياف العضلية من القلب (وهى الضمور المستمر فى القلب) وهيئة هذه الاستحالة كالاستحالة الشحمية غير انه بدلا عن الكرات الشحمية تظهر جزيئات مصفرة بجمنتية وتحصل بالاسباب السابق ذكرها

واما الاستحالة النشوية للجوهر العضلى من القلب فانها تظهر تبعا للركتنسكى

فىأحوال ضخامة البطين الايمن من القلب وينشأ عنها هيئة دهنية فى سطح
الشق من القلب وتيبس فى جدره وهذا يتلى ضمد الالياف العضلية بمواد
قليلة اللمعان تظهر بتأثير الجواهر الكشافة فيها خواص الاستحالة النشوية
وهى التلوّن بالزرقة عند اضافة محلول اليود أوحمض الكبريتيك
المخفف اليها

وأما سرطان القلب فلا يشاهد الا نادرا عند وجود تولدات سرطانية منتشرة
فى الجسم اوانه يمتد من الحجاب المنصف اومن التامور الى القلب ويكون
أوراما محدودة كالاورام الضاغطة او السرطانية المسودة تبرز الى الظاهر او
الى الباطن بل و يمكن ان تنمو فى تجويف القلب وفى أحوال أخرى سيما التى
فيها يمتد التكون السرطانى من الاعضاء المجاورة الى القلب يعترى بعض
اجزاء ممتدة من جوهر هذا العضو استحالة سرطانية (وهى الارتشاح
السرطانى من القلب) راجع الارتشاح السرطانى من الرئة

وأما الدرن فيكاد لا يحصل فى الجوهر العضلى من القلب والمواد الجبنية
المصفرة التى توجد احيانا فى جوهره لا ينبغى اعتبارها درنا وسنتكلم عليها عند
الكلام على التهاب التامور واما التولدات الطفيلية فالذى يشاهد منها
فى جوهر القلب هو الاكياس الديدانية بكمية عظيمة فى عضلات أخرى من
الجسم والديدان الحويصلية ذات الكلاليب

(الاعراض والسير)

رخاوة جوهر القلب عقب التيفوس وغيره من الامراض الطفحية تنقص
بالطبيعة فعل القلب كما انها تحدث فيه تمددا ولا تعرف مع التأكيد الا فى هذه
الحالة الاخيرة فان وجدت ضربات القلب عقب مرض منها ضعيفة جدا
وكانت اصمية هذا العضو متزايدة وجب ان ينسب كل من صغر النبض
وظواهر الاستسقاء والتعقدات الدموية الذاتية فى الاوردة الفخذية الى تغير
مادى اعترى جوهر القلب وان لم يثبت تمدد القلب فيبقى الشك بكون بطء
الدورة وقلة امتلاء الشرايين ناشئا عن النهوكة العامة اوعن استرخاء جوهر
القلب

وأما التكون الشحمى على القلب فله اعتبار عظيم عند العوام فى توجيه

قصر النفس وغيره من مكابدات ذوى البطون العظيمة أرباب البنية السمينة ومتى لم يحدث تكون الشحم على القلب ضمورا فى جوهره العضلى يظهر انه لا يحدث أدنى اضطراب وظيفى فى هذا العضو وان حصل ذلك كان القلب متمددا غالبا فتحصل الظواهر المرضية التى ذكرناها فى تمدد القلب وضخامته الدائرية

واما الاستحالة الشحمية لجوهر القلب وضموره المستمر فانها تضعف فعل القلب كاسترخائه وزيادة على ذلك فانها تكون فى كثير من الاحوال سببا فى تمدده وعند امتداد هذه الاستحالة تحصل اضطرابات فى الدورة وتوزيع الدم كما يناذلك مرارا فيشاهد ضعف فى قوة ضربات القلب ونبض صغير بطيء كثيرا ما يكون غير منتظم ومتقطعا وفى بعض الاحوال يوجد عند المريض ميل للاغماء بسبب قلة ورود الدم الشريانى الى الدماغ ولاسيما السيانوز والاستسقاء مالم تكن كمية الدم غير متناقصة ومن العسر الحكم بمعرفة تأثير الاستحالة الشحمية فى القلب وتمدده بالنسبة لمجموع هذه الاعراض سيما السيانوز والاستسقاء ويزداد عسر توجيه ماذكران وجد مع هذه الاستحالة وتمدد القلب تحن تدبى فى التامور وتضخم تاموري وغيرهما من المضاعفات التى تحدث ضعفا فى فعل القلب ايضا وقد تقدم ايضاح تلك الاحوال وكذا العلامات الدالة على الضخامة الحقيقية للقلب واستحالتها الى ضخامة غير حقيقية بواسطة الاستحالة الشحمية للالياف العضلية وينبغى اعتبار الاستحالة الشحمية للاعمدة اللحمية فى القلب من جملة الامور التى ينتج عنها عدم كفاية غلق الصمام القلنسوى أوذى الشرافات الثلاث وأما تمزق القلب عقب مكابدة جوهره العضلى للاستحالة الشحمية فسنتكلم عليها فى المبحث الآتى

وأما الاستحالة النشوية لجوهر القلب فلا يمكن الحكم بها مع الجزم ولو فى الاحوال التى فيها يسهل معرفة هذه الاستحالة فى الكبد والطحال والكليتين بحيث لا يمكن الا الزعم بوجودها

وأما سرطان جوهر القلب ودرنه وتولداته الطفيلية فانها تحدث اضطرابا فى فعل القلب لكن ينبغى اعتبار تلك الامراض من جملة الامراض التى

يتعذر تشخيصها

(المعالجة)

أما استرخاء جوهر القلب الناتج عن تغيرات مرضية حادة منهكة فانه يستدعى استعمال الوسايط العلاجية التى بها تحسن التغذية العامة كما تقدم ذلك مرارا ومع ذلك تستعمل المنبهات الخفيفة سيما النبيذ ونحوه

والمرضى الذين يوجد عندهم نمو عظيم فى الشحم بسبب الشره والافراط فى التغذية ويظن فيهم تراكم الشحم على القلب ينبغى ارسالهم الى مياه كرلس باد ومارينباد وترسب ونحوها من المياه الطبيعية اذ من المعلوم انه فى أثناء المعالجة بهذه المياه يتلاشى الشحم من الجسم بحيث ان ملابس هؤلاء المرضى تتسع عليهم لكن التوجيه الفسيولوجى لتأثير هذه المعالجة ليس معلوما بل ولم يرتق الى درجة النظريات

وفى أحوال الاستحالة الشحمية والبجمنتية فى القلب يقتصر على معالجة عرضية وعندما تكون تلك الاستحالة ظاهرة من ظواهر النهوكة العامة يقتصر على تدبير غذائى مقو واستحضارات دوائية مقوية أيضا اذ بذلك قد يمكن ايقاف هذا الداء ولم يمكن زواله بالكلية

ولا يمكن التكلم على معالجة الاستحالة الغشوية فى القلب ولا سرطانه ولا درنه ولا تولداته الطفيلية سيما وان معرفة تلك الاحوال المرضية لا تمكن مطلقا مع التأكيد

(المبحث الحادى عشر)

(فى تمزق القلب)

ليس المراد هنا التكلم على تفرقات الاتصال الجرحية من القلب وانما نتكلم على تمزقه المعروف بالذاتى فنقول ان القلب السليم لا يتمزق مطلقا مهما كانت شدة انقباضاته واما فى احوال سهولة تمزق جدره فيمكن ان انقباضاته الشديدة تكون هى السبب الانتهائى للتمزق الحاصل فيه والسبب الغالب فى تمزق القلب الذاتى هى الاستحالة الشحمية لهذا العضو ويندر أن ينتج ذلك عن التهاب طبقته العضلية اوعن تكون خراج فى جدره او الانورزما الحادة او المزمنة فى القلب وكان الامراض المذكورة تعترى فى الغالب

البطين الايسر والاشخاص المتقدمين فى السن فهكذا تمزق هذا العضو وعند فعل الصفات التشريحية يوجد غلاف القلب ممتلئا بالدم وان كان التمزق ناشئا عن الاستحالة الشحمية شوهد فيه شكل غير منتظم ذو حواف ملساء من الظاهر مختلف الطول وفى عمق هذا الشق يكون جوهر القلب متهتكا وقد يكون هذا الشق ممتلئا فى جميع عمقه بمواد دموية منعقدة وقد توجد شقوق عديدة

ثم انه فى معظم الاحوال يحصل الموت بغتة بعد تمزق القلب حالا فى اثناء ازدياد فعله وانقباضه وتارة بدون سبب معلوم ويكون حصول الموت بظواهر النزيف الباطنى ومع ذلك يظهر ان ضغط الدم المنسكب على القلب يسرع فى حصول الموت ومن النادر أن تسبق اعراض النزيف الباطنى زمنا قليلا بآلام أسفل القص تتشعع نحو الكتف والذراع اليسارين وكذلك يندر أن تعيش المرضى بعض ساعات عقب تمزق القلب ويظهر ان ذلك يحصل فى الاحوال التى فيها يكون الانسكاب ابتدأ بنقط قليلة من خلال جدر القلب المتهتكة الى ان يعظم الشق وهنا تتضح ظواهر النزيف الباطنى بل وقد يمكن معرفة انسكاب الدم فى باطن التامور بواسطة القرع

(المبحث الثانى عشر)

(فى التعقدات الليفية فى القلب)

يندر فتح الجثة بدون وجود تعقدات ليفية فى القلب سيما فى تجاويفه اليمنى وتكون تارة مصفرة ومتكونة من مواد ليفية فقط انفصلت عن سائل الدم وتارة تكون محمرة لاحتوائها على كرات دموية ولا يندر كذلك مشاهدة تعقدات دموية مشابهة للدم المنعقد المتحصل من الفصد بحيث يظهر على سطحه غمامة ليفية شحمية المنظر والجزء السفلى مكون من دم منعقد محمر وهذه التعقدات الشبيهة بالعلط المتفاوتة الثخن المالئة للقلب تكون متصلة باخيطة ليفية ممتدة فى الاوعية الغليظة على شكل ديدان وقد تكون متشبثة بالاعمدة اللحمية من القلب بحيث تنقطع عند نزعها ولا تكون ملتصقة التصاقا متينا بالغشاء الباطن من القلب وهذه التعقدات الليفية المعروفة بالبوليبوس الكاذب وبالبوليبوس القلبى انما تنشأ بعد الموت او فى أثناء

النزع ويعظم تكونها في جثث الهالكين بالتهابات رئوية أو غيرها من الامراض التي يكون بها الدم محتويا على المواد الليفية بكثرة ومع ذلك فوجود مثل هذه التعقدات الليفية العظيمة من القلب لايدل مع التأكيد على الصفة الليفية للدم بل ان تكونها يتعلق في الغالب بنوع حركة النزع فكلما كانت مستطيلة بطيئة واستطال ركود الدم في القلب بدون اندفاعه منه كانت التعقدات الدموية أعظم حجما وكان تشبثها بالاعمدة اللحمية عظيما

وفي أحوال أخر يظهران التعقدات الدموية الليفية تكونت قبل الموت بزمن طويل فتكون المادة الليفية قد فقدت مرونة المواد الليفية الحديثة الانعقاد ولمعانها بل تكون يابسة جافة مصفرة ويكون التصاقها مع الغشاء الباطن من القلب قويا وقد يشاهد في باطنها تلاش وفساد فتكون على هيئة عجينة قيحية مصفرة أو مسمرة أو على هيئة مادة جبنية مصفرة وليس الحاصل هنا تقيحا بل نوع فساد منه لاتعتبر المكرات الدموية العديمة اللون كرة قيحية وبالجملة يشاهد في القلب رواسب ليفية على شكل مادة مستديرة ثخينة في عظم حب الشهدانج أو الفندقة وهي ما سماه (لينك) بالتولدات القطرية الكروية فان بحث عن أصفارتشبثها بالدقة وجد أن هذه التكونات الكروية ذات جذور متعددة ممتدة نحو الباطن متشبثة بين الاعمدة اللحمية وهي عبارة عن منشا هذه التكونات القطرية وأما الشكل الكرى فحصوله فيما بعد انما هو بواسطة الرواسب الليفية على تلك التعقدات الاولية وأحيانا يوجد في باطنها التلاشي والفساد السابق ذكره بحيث انها تكون على هيئة جيوب محتوية على مادة صديدية وأما الرواسب الليفية التي تتكون على الاصفار الغير الملساء من الغشاء الباطن للقلب عقب أصابته بالالتهاب أو عند وجود آفات عضوية في الصمامات عند الاصابة بالروماتزم الحاد والمزمن والنتائج الخطرة التي تنتج عنها أحيانا فقد سبق الكلام عليها

ثم ان التعقدات الليفية التي تحصل قبل الموت بزمن طويل وتسمى بالبوليبوس القلبي الحقيقي فهي انما تنشأ عن انقباضات القلب الضعيفة ولذا توجد في الاشخاص المنهوكين تارة وتارة أخرى عند المرضى المعتريهم

استحالات مرضية فى القلب ومحل تكونها يكاد يكون على الدوام الجيوب السطحية بين الاعمدة التى تمتد عند استرخاء القلب واستحالته استحالة مرضية بحيث ان الدم يركد فيها وينعقد عندما تكون الانقباضات غير تامة وفى الاحوال النادرة تكون السدة السيارة نواة للتعقدات الدموية

ثم ان التعقدات التى تحصل فى أثناء النزع ليس لها أدنى أهمية اكلينيكية وأما التعقدات القديمة التى تحصل قبل الموت بزمن طويل فقد تكون بدون أعراض لكن قد يحصل عنها ضيق أحد فوهات القلب اومنع حركة أحد الصمامات فتحدث اضطرابات دورية عظيمة لكن لا يسهل نسبة الاعراض الناشئة عن ذلك الى ضيق أوعدم كفاية غلق والحكم عليها بالدقة بمعنى أنه لا يمكن تمييزها عن آفة عضوية فى الصمام ناشئة عن التهاب فى الغشاء الباطن من القلب سيما وانه يوجد بجوار تلك التعقدات الليفية غالبا تغيرات قلبية أخرى كالتهاب التامور والالتهاب العضلى من القلب وآفات عضوية صمامية حقيقية وانذار بوليبوس القلب غير جيد فانه امن جهة متى وجدت ازداد حجمها بتراكم طبقات ليفية عليها ونتج عنها اضطرابات دورية عظيمة تزداد دشيأ فشيأ ومن جهة أخرى انها بانفصالها يمكن ان يخشى وقوفها وسدها الاوعية غليظة كما هى عادة السدد السيارة

(المبحث الثالث عشر)

(فى العيوب الخلقية للقلب)

(كيفية الظهور والاسباب)

اكثر العيوب الخلقية للقلب تنشأ اما عن عوق فى التكون (بمعنى ان القلب يبقى مستمرا على حالة كانت طبيعية مدة الحياة (داخل الرحم) اوأنها تنتج عن التهاب فى الغشاء الباطن من القلب او التهاب طبقته العضلية التهابا يحصل فى الحالة الجنينية ايضا وأسباب كل من عوائق التكون والالتهابات الحاصلة فى الحالة الجنينية مجهولة لنا ويعد من العيوب الخلقية للقلب الناشئة بالكيفية الاولى التكون الغير التام للحاجز القلبى ومن الثانية الناشئة عن التهاب الغشاء الباطن فى القلب اوطبقته العضلية التضايقات الندبية

فى القلب وكذا عدم كفاية غلق الصمام او تضايقه الخلقيين وهذا يوجد فى القلب الايمن غالبا كما ذكرنا سابقا الذى تندر اصابته بالالتهاب العضلى والغشاء الباطنى بعد الولادة

وعين ذلك يقال بالنسبة لعيوب الوضع الطبيعية من القلب فانها قد تنشأ عن عوق فى التكون بان يكون نمو كل من الاضلاع والقص والترقوة غير تام بحيث ان القلب لا يكون مغطى فى امتداد متفاوت منه الا بالاجزاء الرخوة وفى أحوال اخرى تكون متعلقة بالتهابات فى اثناء الحياة الجنينية بها تتكون التصاقات بين القلب والاعضاء المجاورة

وأما كيفية حصول تحول القلب نحو الجهة اليمنى من الصدر فمجهولة بالكلية وفى هذه الحالة يكون وضع القلب فى الجهة اليمنى من الصدر وحينئذ يكون الكبد غالبا فى المراق الايسر والطحال فى المراق الايمن ونحو ذلك

(الصفات التشريحية)

اما عيوب القلب الطبيعية التى فيها لا يمكن استمرار الحياة وبها تهلك المرضى عقب الولادة حالا أو بعدها بزمن يسير جدا فانها ليست من تعلقات علم الامراض الباطنية والمعالجة بل من متعلقات علم التشريح المرضى ومن هذا القبيل فقد القلب فقدا تاما أو بعض تجاويفه وفى أحوال العيوب القلبية الخلقية التى فيها يتيسر بقاء الحياة زمنا قليلا بعد الولادة توجد جميع تجاويف القلب متكونة ولو ان نمو البعض فيها غير تام وفى اغلب الاحوال يكون كل من الابهر والشريان الرئوى ضامرا او غير متكون بالكلية فان كان ذلك معتريا الشريان الرئوى انصب الدم من القلب الايمن الى القلب الايسر بدون واسطة فان الضمور المذكور يصحبه على الدوام تكون غير تام فى الحاجز القلبى وحينئذ فالاورطى يمر منه الدم الى الرئتين بواسطة الشرايين الشعبية المتمددة أو بواسطة قناة بوتال التى تكون فيها تيار دموى مخالف لما يحصل فى الحياة الجنينية وأما ان كان الاورطى متضايقا أو منسدا أعلى فوهة القناة البوتالية فانه لا يمر فيه الا الدم المتجه نحو الرأس أو الاطراف العليا وحينئذ يمر الدم الى النصف الاسفل من الجسم والاطراف السفلى من الشريان الرئوى بواسطة قناة بوتال وان كان الاورطى منسدا

فى محل منشئه مرالدم من البطين الايسر الى البطين الايمن لان الحاجز يكون منقصا وحينئذ يوصل الشريان الرئوى الدم الى جميع أجزاء الدورة العظمى ان كان الحاجز بين البطينين غير تام التكوين شوهد كان كلا من الاورطى والشريان الرئوى ناشئ من بطين واحد وان كان الحاجز متجها نحو اليمين أو اليسار بكثرة صار البطين الايسر او الايمن عظيما وحينئذ ينشأ كل من الجذعين الشريانيين العظيمين من البطين المتسع وأما البطين الضامر فانه يدفع محصله الى البطين الآخر من الحاجز المنفتح وفى أحوال نادرة جدا يوجد الاورطى ناشئا من البطين الايمن والشريان الرئوى من البطين الايسر وكذا شوهد هذا الاختلاف بالنسبة للاوردة المتفممة مع القلب ولا حاجة الى التطويل فيما يخص هذه الاختلافات

وأما كل من عدم كفاية الغلق وتضايق الفوهات القلبية والتضايقات الندبية لهذا العضو الناتج عن التهاب الغشاء الباطن والعضلى من القلب فانه يتميز بجلسه فى القلب الايمن عما يماثله من التغيرات التى تعرض بعد الولادة

ومن التغيرات القلبية الاهمية التى ليس لها تأثير على الدورة الفقد المختلف العظم فى حواجز القلب وليس مضاعفات ولا نتائج للتغيرات السابق شرحها بل يحصل بانفراده ويعتبر عائقا فى التكون المجهول الاسباب فمن ذلك ما يوجد فى الثقب البيضاوى عند فتح الجثة من الفتحات التى تكون على هيئة شقوق رفيعة أو عظيمة بدون ان ينتج عن هذه التغيرات ادنى عرض من الاعراض وقد يوجد أيضا فى حاجز البطينين تغيرات من هذا القبيل فى الجزء العلوى من هذا الحاجز الذى يكون رقيقا جدا عند الاصحاء بدون ان ينتج عنها اعراض مدة الحياة

وفى الاحوال المتقدمة من تغير اوضاع القلب الذى يكون فيه جزء عظيم من جدر الصدر أو القلب مفقودا وفيه يكون وضع القلب فى البطن أو العنق لا يمكن استمرار الحياة لكن قد توجد أشخاص مفقود عندها جزء صغير من الجدر العظمية للصدر او شق صغير فى القص وتعمر مع ذلك زمنا طويلا فان الجلد يغطى الفقد الحاصل والمرضى لا يوجد عندهم الا قليل

من المكابدات

(الاعراض والسير)

لو تاملنا التأثير الذى تحدثه العيوب الخلقية من القلب فى الدورة وتوزيع الدم ولاحظنا فى ذلك أ كثر هذه العيوب حصولا وأهمها أعنى التى فيها يكون الاورطى او الشريان الرئوى ضامراهو وبطينه بحيث ان الدم يمر الى البطين الآخر من الحاجز المنفتح وتصل الى جميع أجزاء الجسم والرئتين بواسطة الشريان الغير الضامر لاتضح لنا ما سيأتى ذكره من الاضطرابات الدورية وتوزيع الدم وضوحا كافيا

وهو ان الدورة يحصل فيها بطء والدم الذى يمكث فى الجسم تبعا لذلك زمنا طويلا ويقل عوده الى الرئة لابد من انشحانه بحمض الكربون بحيث انه يكتسب صفة وريدية عظيمة جدا فان سرعة الدورة تتعلق بكمية الدم التى تندفع فى كل حركة متوالية فان فقد الاورطى او الشريان الرئوى وكان لا يوجد فى القلب الا فوهة واحدة يخرج الدم منها كانت الكمية المندفعة من الدم قليلة جدا ولو كان البطين الدافع له واقعا فى الضخامة وزيادة على ذلك من الامور الضرورية المترتبة على وجود تغير عضوى خلقى فى القلب ان الدم الجارى فى شرايين الرئتين وشرايين الدورة العظمى يكون مكونا من اختلاط الدم الوريدى بالشريانى بحيث ان أعضاء الجسم تتغذى بدم ليس نقيا من الكربون وهذه الحالة التى هى طبيعية كما هو المعلوم بالنسبة للحيوانات الباردة الزاحفة هى وبطء الدورة السابق ذكره توجد جملة من الظواهر التى توجد فى أحوال عيوب القلب الخلقية كحالة الخمود والخدر وضعف القوى العقلية وضيق الخلق ولاسيما انحطاط درجة الحرارة وتولدها

ومن الواضح أيضا انه متى كان ورود الدم الى أوعية الدورة العظمى والصغرى من بطين واحد سواء اليمينى او اليسارى يكون ولابد امتلاء الشرايين قليلا جدا وان قلة امتلاء الشرايين يترتب عليها ولابد امتلاء عظيم جدا فى الاوردة وطبقا لذلك نشاهد انه يوجد مع صغر النبض ضيق عظيم فى التنفس ولاسيما اللون السيانوزى وهو عرض ينتج على الدوام كما ذكرنا مرارا من

عظم امتلاء الاوردة بالدم وتراكمه فيها لكن السيانوز وان كان يحصل على الدوام من تراكم الدم فى الاوعية والاوردة الشعرية الا ان الدرجة العظمى منه ينبغى أن يكون لها سبب آخر وهو الصفة الوريدية للدم الموجود فى الشرايين والاوعية الشعرية زيادة عن تراكمه فى الاوردة والصفة القاتمة للدم بانفرادها لا تكفى فى احداث السيانوز (ومن جملة ما يثبت ذلك حالة ذكرها بريشت فيها لم يظهر فى الذراع الايسر أدنى تغير فى اللون والحال ان الدم الوارد اليه كان جميعه وريديا وذلك أن الشريان تحت الترقوة اليسرى كان ناشئا من الشريان الرئوى) لكن مع ذلك لا ينكر ان درجة السيانوز الناشئ عن ركود الدم فى الاوردة وتراكمه فيها تتعلق ولابد بصفة الدم الداكنة أو الحمراء القانية فان الاشخاص ذوى الدم الرقيق لا يظهر عندهم السيانوز بدرجة عظيمة مطلقا

وعين هذه النتيجة كما تحصل من ضمور احد الجذوع الشريانية سيما عند انفتاح الحاجز تحصل أيضا من التضايقات الندبية عند منشا الشريان الرئوى من البطين الايمن ومن العيوب العضوية الخلقية العظيمة فى الشريان الرئوى

ثم ان اللون المزرق القاتم فى الجلد سيما فى الوجنتين والشفتين وأصابع اليدين والقدمين هو العرض الواصف للعيوب القلبية الخلقية وتراكم الدم الوريدى فى هذه الاوردة يؤدى لانتفاخ فى الاجزاء السيانوزية وهو ناشئ كما بينه مع الدقة (فورستر) من ارتشاح مصلى فى هذه الاجزاء ومن انتفاخها وضخامتها فالانف يصير عظيم الحجم ثخينا وتنتفخ الشفتان المزرقتان والسلاميات الاخيرة من أصابع اليدين والقدمين يحصل فيها انتفاخ غالبا بحيث تظهر الاصابع كالعصى التى يقرع بها على الطبل والاظافر تظهر عريضة مقوسة وأغلب المرضى يكونون ذوى بنية نحيفة وأطراف طويلة وعندهم ميل عظيم للازرقة ويحصل لهم قشعريرة بسهولة ويكونون منحطى القوى ضيقى الخلق ويشاهد عندهم فى الغالب عدم تمام فى نمو الاعضاء التناسلية وضعف فى الباه ومثل هؤلاء يعتريهم غالبا نوب فى خفقان القلب وضجر عظيم واغماء ويندر أن يصل احدهم الى سن الاربعين أو الخمسين

و يكاديهلك على الدوام بسرعة من أمراض تطرأ عليهم فلا يكون له قدرة على مقاومتها اومن أوذيما الرئتين او الاستسقاء

ومن المستغرب ان ظواهر السيانوز والاضطرابات الوظيفية السابق ذكرها تتضح خصوصا في زمن البلوغ ومن الجائز ان تعادل العيب الخلقي من القلب يتم هنا زمنا طويلا بواسطة الضخامة التابعة لهذا العضو أو ان عدم كفاية الغلق لايظهر الا في أثناء تمام نمو أجزاء الجسم وازدياد كمية الدم بدون أن يشارك القلب باقي أجزاء الجسم في تمام النمو والبحث الطبيعي لا يمكن الارتكان اليه في تشخيص العيوب الخلقية من القلب فانها كثيرة التنوع والاختلاف والغالب أن تكون ضربات القلب قوية ممتدة وأصمته عظيمة وفي الغالب يسمع ازيز كقراءة القطط وتسمع الغاط كاذبة عسرة التوجيه وفي أحوال أخرى يمكن ان تسمع الغاط قلبية نقية

ثم انه في الزمن السابق كان يعتبر الفقد في الحاجز القلبي سببا للسيانوز الخلقي وهذا الاعتبار خطأ فان هذا الفقد بانفراده لا يؤدي للسيانوز ونحو ذلك بل هي احوال غير طبيعية غير مضرة لاينتج عنها اعراض مدة الحياة

(المعالجة)

معالجة العيوب الخلقية من القلب لاتكون بالضرورة الاعرضية و يقتصر فيها على مضاربة العوارض الخطرة وهنا يتمسك بالقواعد العلاجية التي ذكرناها في كل من الاستسقاء وأوذيما الرئتين ونحو ذلك مما ينشأ عن آفات القلب العارضية

(في الامراض العصبية للقلب)

(المبحث الرابع عشر)

(في الخفقان العصبي القلبي)

(كيفية الظهور والاسباب)

كل من قوة انقباضات القلب وعددها يحصل فيه تغير عند الاشخاص السليمين بعدة من المؤثرات ومن المعلوم ان قوة انقباضات القلب وسرعتها الناتجتين عن الانفعالات النفسية والمجهودات الشاقة وتعاطي المشروبات

الروحية ونحو ذلك لا تكونان ناشئتين عن تغيرات مادية فى الطبقة العضلية من القلب بل عن تأثير عصبى غير طبيعى والتغيرات الحاصلة بهذه الكيفية لفعل القلب الطبيعى لا يعبر عنها بالخفقان القلبى العصبى كما ان ازدياد فعل القلب وشدة انقباضاته الناشئة عن ارتفاع حرارة الدم فى الحميات وكذا شدة ضرباته فى أحوال ضخامته لا يعبر عنها بذلك أيضا فلا يعنى بالخفقان العصبى الا شدة حركات القلب وسرعتها التى لا تكون متعلقة بتغيرات عضوية فيه ولا ناتجة عن أسباب مدركة أو التى تنتج عن أسباب واهية لا تحدث عند أغلب الاشخاص الاصحاء أدنى تغير واضح فى فعل القلب

ثم ان كلام من سير خفقان القلب ولا سيما نوبه وفتراته يستدل منه ولا بد على اعتباره مرضا عصبيا فى الاعصاب المحركة للقلب لكن الظاهر انه الى الآن لم يكن توجيه كيفية حصول الخفقان القلبى ومنشئه سهلا وذلك لان المؤثرات العصبية المتضاعفة لهذا العضو هى من جهة العقد العصبية الخاصة به ومن جهة اخرى المركزان العصبيان للقلب الكائنان فى أضاع المستطيل المتسلط أحدهما على الالياف العصبية المنظمة لحركات القلب والثانى على الالياف العصبية المسرعة لها لا تسمح بايضاح ذلك الا بكيفية استثنائية ولذا ان المهيجات النفسية والماسية تحدث تارة بطأ وتارة سرعة فى حركات القلب

وعلى هذا ينبغى التوقى فى اعتبار الخفقان العصبى من جملة الامراض العصبية الناتجة عن ثوران الحركة أعنى الاحوال الناشئة عن ارتقاء فى تنبيه الاعصاب المحركة كما قال بذلك (رومبرغ) و (عيزبرج) فان الخفقان القلبى يمكن أن يتوهم تعلقه اما بتناقص فى فعل العصب الرئوى المعدى او بازدياد فى تنبيه العقد العصبية للقلب او العظيم السمباوى ويضاف لذلك ان الخفقان العصبى فى بعض الاحوال لا يكون ناشئا عن ازدياد فعل القلب وانما هى ظاهرة حسية للمريض فهذه الاحوال الاخيرة ان جرينا على ترتيب منتظم كان حق اعتبارها من جملة ثوران الحس بمعنى انها ناشئة عن شدة تنبيه الاعصاب الحسية للقلب

ومهما انبهمت علينا الاسباب الاولية من الخفقان العصبى القلبى يسهل

علينا ذكر بعض أمور بالنسبة لاسبابه الثانوية وذلك أن هذا المرض يشاهد بكثرة عند الاشخاص العصبيين والانيماويين وهو من جملة الظواهر الملازمة للخاوروز وزيادة على ذلك تكثر مشاهدته عند وجود تغيرات مرضية فى الاعضاء التناسلية وليس ذلك عند النساء المصابات بالاستيريا (اى الاختناق الرحمى) فقط بل عند الرجال أيضا المفرطين فى شهوات الجماع والمدمنين على جلد عميرة وكذا لا يندر مشاهدة خفقان القلب العصبى فى الرجال المصابين بالايوخنداريا وذكر (رومبرغ) ان الطبيب الشهير (بيترفرنك) كان معترى به حالة خفقان عصبى قلبى ايوخندارى فى أعلى درجة حتى توهم فى أثناء اشتغاله بالتأليف على أمراض القلب انه معترى به انورزما فى هذا العضو وكثيرا ما يشاهد الخفقان العصبى القلبى عند النمو السريع فى سن البلوغ وبالجملة فقد يعترى أشخاصا لم يكن عندهم تغيرات مرضية ولا متعرضة لاسباب مرضية معلومة

(الاعراض والسير)

نوب الخفقان العصبى القلبى تتضح بحركات قلبية سريعة غير منتظمة مصحوبة غالبا باحساس بضجر وضيق فى النفس وضربات القلب تكون فى الغالب قصيرة وثبية وفى بعض الاحوال لا تكون قوتها واضحة وفى أحوال أخرى تكون قوية جدا بحيث ترج اليد عند وضعها على القلب لكن الغالب أن يكون احساس المريض بالخفقان أقوى مما يستبان من البحث عن ضربات القلب وكل من النبض وهيئة المريض يختلف فتارة يكون النبض ممتلئا والوجه محمرا وتارة يكون صغيرا متقطعا والوجه باهتا بحيث يظهر أن ضربات القلب السريعة لا تتم بشدة او كانها لم تستمر الا زمنا قليلا بحيث تكاد الشرايين لا تمتلئ منها الامتلاء تاما ومدة هذه النوبة تختلف فقد تمكث بعض دقائق أو ساعة بل أزيد ولا يندر أن ينضم لذلك تغيرات عصبية أخرى فى المجموع العصبى كالدوار وطنين الاذنين والارتعاش ونحو ذلك والنوبة قد تزول اما بغتة أو مع التدريج وحينئذ تعود انقباضات القلب الى حالتها الطبيعية وقد تمضى عدة أسابيع او اشهر قبل ان تطرأ النوبة مرة اخرى وفى بعض الاحوال قد تتردد النوب بسرعة وكل من الفترات الخالية وظهور

النوب يكون بدون اسباب معلومة ولاسيما فى الاحوال التى لايشاهد فيها
ازدياد فعل القلب عادة وعدم وجود تغيرات مدركة عند البحث الطبيعى عن
القلب يمنعنا من الوقوع فى الخطا ومع ذلك فالتمييز ليس سهلا فى جميع
الاحوال وان كانت الاسباب الناتج عنها الخفقان العصبى واضحة وقابلة
للمعالجة زال هذا المرض بعد زمن طويل أو قصير زوالا تاما وذلك يقال
بالنسبة للخفقان العصبى المعترى الشابات الخلوروزيات والنساء الاستيريات
المصابة بامراض فى الرحم قابلة للشفاء بل وفى الاشخاص المعتريهم خفقان
القلب العصبى عقب الافراط فى الشهوات وفى أحوال أخرى قد يستعصى
هذا المرض فيستمر طول الحياة

والبحث الطبيعى لايستدل به خارج النوب على تغيرات واضحة واما فى
أوقات النوب فانه يسمع الغاط مرضية ناتجة عن التوتر الغير الطبيعى
للصمامات القلبية وجدر الاوردة

(المعالجة)

الخفقان العصبى يحتاج فى معالجته ابتداء لازالة الاسباب المحدثة له القابلة
للشفاء فعند النساء المصابات بالخلوروز والاشخاص الانيماويين يحصل من
استعمال المركبات الحديدية نجاح عظيم والخفقان الاستيرى يحتاج فيه
لارسال العلق على فوهة الرحم ومسها بالحجر الجهنمى اذ قد يحصل بذلك كما
سنذكره شفاء واضح لم يكد يعتنى به والاشخاص الايوخندريون المعتريهم
امتلاء دموى وتمددات دوالية فى الاست يحصل عندهم راحة عظيمة فى حالة
الخفقان العصبى من استعمال بعض المياه المعدنية المحللة وارسال قليل من
العلق على الاست ولو أردنا ذكر جميع الوسايط العلاجية اللازم اجراؤها
فى الخفقان العصبى لخرجنا عن الموضوع فانه اتمم معالجة جميع الامراض
التى يكون الخفقان العصبى عرضا لها والمرضى المعتريهم الخفقان العصبى
بدون أسباب معروفة ينبغى أن تستعمل لهم الحمامات الباردة وترسل الى
الخلاء لتغيير الهواء والسفر وتمنع من الافراط فى المشاق الجسمية وكذا
من الافراط فى المأكل والمعيشة الجلوسية والممدوح من الوسايط الدوائية
التى ينبغى استعمالها هو برومور البوتاسيوم والديجتالا وفى أثناء النوبة

ينبغى

ينبغي استعمال الجرع الغازية والحوامض المعدنية والنباتية وملح الطرطير والمياه المحلاة ومن الخطا اعتقاد عدم منفعة هذه الوسايط وترك استعمالها اذ من الامور المسهلة على المريض حالته والمقصرة لمدة نوبة الخفقان العصبى تحويل افكاره عن حالة مرضه بتجهيز الجرعة الغذائية أو نحو ذلك وشربها ويظهر ان استعمال التبريد على قسم القلب له تاثير واضح فى قصر النوبة كما وان المرفين والجواهر الدوائية العصبية كصبغة الماانستر والصبغة الاثيرية لحشيشة الهرلها فائدة أحيانا

(المبحث الخامس عشر)

(فى الالم العصبى القلبى أو ألم الضفيرة القلبية المعروف بالذبحة الصدرية)

(الاسباب)

أغلب المؤلفين يعتبر هذا المرض تبعا للشهير (رومبرغ) مرضا عصبيا ناتجا عن ثوران حسى فى الضفيرة العصبية القلبية وبعضهم يقول بوجود اضطراب عضوى فى الاعصاب المحركة للقلب بجوار الاضطراب الحسى فيها فيعتبر هذا المرض مرضا عصبيا مختلطا ونسب بعضهم هذا المرض لتغير فى أعصاب العظيم السمباتوى واعتبره مرضا عصبيا فى أعصاب التغذية ثم ان الالم العصبى القلبى مرض نادر الحصول ويصيب على الخصوص الاشخاص المتوسطى السن والجيدى التغذية ذوى البطون الشحمية وفى معظم الاحوال يكون أساس هذا المرض مبنيا على تغير عضوى فى القلب كعيب فى صمام الاورطى مع استحالة اثروماتية فيه أو استحالة شحمية فى القلب او انورزما فى الاورطى وكثيرا ما يصاحب هذا الالم العصبى الاستحالات المرضية فى الشريان الاكليلى من القلب وتكلسانه وزعم بعضهم ان نوب هذا المرض انما تنتج عن التهيج الميخانيكى الواقع على تفرعات الضفيرة القلبية المصاحبة لتفرعات هذا الشريان ومع ذلك لا ينبغى اعتبار الالم العصبى القلبى عرضا ملازما لتلك التغيرات التشريحية المرضية فانها ليست دائمة الوجود وزيادة على ذلك فان هذا الالم العصبى يحصل على الدوام بكيفية واحدة مهما اختلفت التغيرات التشريحية المرضية للقلب بمعنى ان هذا المرض ذو نوب وفترات خالية بحيث ينبغى اعتباره مرضا عصبيا قلبيا والتغير العضوى

المرض للقلب هو الذى أورث الاستعداد للاصابة به وفى بعض الاحوال قد يظهر الالم العصبى القلبى بدون تغيرات تشريحية مادية فى القلب بل و يظهر ان اصابات الاعضاء البعيدة كالكبد والكليتين والرحم ونحو ذلك تحدث هذا الداء بطريق الانعكاس

(الاعراض)

تحس المرضى فى أثناء نوبة هذا المرض فجأة بالم شديد مضيق أسفل القص وفى قسم القلب يكاد يتشعع على الدوام نحو الذراع الايسر و يندر تشععه نحو الايمن والعنق و يكون هذا الالم مصحوبا باحساس بضجر عظيم حتى كان حياتهم ستنطفئ وتتوهم المرضى أن لاقدرة لهم على التنفس لكن متى حرضوا على ذلك أمكنهم التنفس العميق ولا يكون لهم جسارة على التكلم بل أنين وان حصلت النوبة فى أثناء المشى وقفوا فى مكانهم و بحثوا عن نقطة ارتكان او انهم يرتكنون على صدورهم وتبرد أيديهم وتبهت وجوههم وتتغير سحنتهم ويحصل اختلاف فى فعل القلب وانقباضه فى أثناء النوبة فقد يكون متناقصا وقد يكون متزايدا وكذا تختلف حالة النبض فى الاحوال المختلفة فقد يكون طبيعيا وقد يكون سريعا و يندر أن يكون بطيأ وقد يكون صغيرا غير منتظم ومتقطعا ثم تزول النوبة شيأ فشيأ بعد بعض دقائق أو بعد ربع ساعة أو نصف ساعة مع تجشئ غازى و يندر تردد النوب فى الابتداء ثم يكثر فيما بعد بحيث انها تحصل عند المرضى فى كل يوم و يظهر ان الانفعالات النفسية هى أكثر الاسباب انتاجا لها و يندر حصول تلك النوب من المشاق الجسمية ومن التباعد عن التدبير الغذائى الصحى والحالة الصحية للمرضى قد لا تكون مضطربة فى أثناء الفترات وفى أحوال أخرى قد يوجد عندهم ظواهر آفة قلبية عضوية ثقيلة

لا يتم شفاء هذا المرض شفاء تاما الا فى الاحوال الاستثنائية التى فيها يكون هذا المرض داء عصبيا محضا بدون آفة عضوية ومع ذلك فقد توجد تلك الآفة بدون الوقوف على حقيقة معرفتها وذلك كتعظم الشرايين الاكليلية وكثيرا ما يحصل الموت فجأة فى أثناء النوبة

(المعالجة)

امامعالجة الالم العصبي من القلب فيشك فيها بان كان يمكننا تقصير مدة النوب أم لا بواسطة استعمال الجواهر الدوائية لكن متى تأملنا الشدة رغبة المرضى وسرعة استعمالهم للجواهر الدوائية متى حصلت النوبة عندهم استبان ان ترك المعالجة في أثناء النوبة يعد من القساوة العظمى وقد أوصى (رومبرغ) في أثناء النوبة باستنشاق الايتير كبريتيك أو الايتير خليك وذلك بان يصب منه مل بعض ملاعق شاى في طبق صغير و يستنشق منه واوصى (بروتون) وغيره باستنشاق بعض نقط من الاميل نتريت من اربع نقط الى خمسة وكذا من الموصى به استنشاق الكلوروفورم فانه قوى التأثير لكن لا ينبغي الاستمرار على استعماله حتى يحصل الخدر التام وان استطالت مدة النوبة وجب استعمال الحقن تحت الجلد في قسم القلب بمحلول المورفين فانه ذو فائدة جيدة وعند الخوف من حصول شلل في القلب ينبغي استعمال المنبهات كالنبيذ والايتير والمسك و يستعمل في أثناء الفترات سيما في الاحوال التي فيها يكون هذا المرض عصبيا محضا كل من الكنين وبروموراليوتاسيوم ونترات الفضة اوسائل فولير وقد شاهدنا من استعمال صبغة حشيشة الهر والمستر الايتيرية قصرا في مدة النوبة و بالجملة ينبغي في معالجة هذا المرض التيقظ لحالة المرض الاصلي الذى نتج هو عنه ومعالجته ان أمكن واما استعمال الحمصة والخزام فلا ثمرة فيه ولو قيل به كثيرا

(المبحث السادس عشر)

(في داء باصدو)

(أى الخفقان القلبي المصحوب بانتفاخ الغدة الدرقية والجحوظ العيني)

يعنى بداء باصدو مضاعفة كثيرة الحصول من احساس شخصي بخفقان مصحوب بسرعة فعل القلب مع ازدياد في نبضات أوعية العنق والرأس وانتفاخ الغدة الدرقية وجحوظ الاعين وهذا التضاعف المخصوص من ظواهر مختلفة يشاهد في بعض الاحوال عند بعض المرضى المعتريهم من قبل آفات عضوية في صمامات القلب لكن الغالب مشاهدته عند اشخاص لم يكن معتريهم آفات عضوية قلبية وقد وجد القلب في بعض الاحوال على حالته الطبيعية وفي غالب الاحوال يوجد رخو اذا بطينات متمددة بل قد يوجد

البطين الايسر فى حالة ضخامة وانتفاخ الغدة الدرقية الذى يكون غالبا غير عظيم جدا وقد يكون جزئيا ينتج اما عن حالة احتقان وتمدد فى الاوعية أو عن نضح مصلى فى جوهر هذه الغدة أو عن مجرد نمو فى عناصرها و يوجد احيانا عند مكث هذا الورم زمنا طويلا اكياس ممتلئة بمواد مصلية اوهلامية وكذا انتفاخ الطبقة الشحمية الحاجبية الذى ينشأ عنه جحوظ العين يظهر فى معظم الاحوال انه ناشئ عن مجرد احتقان واوذيما فى المنسوج الشحمى الحاجبى أو نمو فى عناصره وذلك لان جحوظ العين فى الاحوال التى تنتهى انتهاء جيدا هو وورم الغدة الدرقية يزولان بالكلية كاضطرابات المجموع الدورى

والذى يدل على ان هذه المضاعفة المرضية لعدة من الاحوال المرضية المذكورة ليست مجرد مصادفة وانه يجوز لنا اعتبارها شكلا مرضيا مخصوصا هو الذى أشرنا اليه فيما سبق من ان اورام الغدة الدرقية وجحوظ الاعين كانهما يظهران مع سرعة فعل القلب وازدياد نبضات أوعية العنق يزولان معهما أيضا

ثم اننا ان أردنا البحث عن الينبوع الاصلى لكل من الظواهر المرضية لدائما صدق واستبان لنا انها متعلقة ولا بد باضطرابات عصبية فى جدر الاوعية فان شلل الاعصاب الوعائية هو الذى يصح به توجيه تمدد السباتيين وازدياد نبضاتهما وكذا الشرايين الدرقية والانتفاخ الوعائى للغدة الدرقية ومماثلة هذه الظواهر لما ينتج عن التجربة المعلومة للمعلم برنارد (وهى قطع العظيم السمباتوى العنقى) تؤيد القول بشلل الجزء العنقى من العظيم السمباتوى وفى الحقيقة كثيرا ما وجد هذا العصب ولاسيما عقده العنقية متغيرة تغيرا مرضيا لكن فى الحقيقة سرعة فعل القلب وزيادة انقباضاته تنافى القول بشلل العظيم السمباتوى العنقى المتوهم وجوده وذلك لان قطع هذا العصب يترتب عليه بطء فى انقباضات القلب وتناقص فى سرعتها بل قد لا ينتج عن ذلك أدنى تأثر كما ان النظريات المشار اليها ينافيها ما هو معلوم من كون قطع العظيم السمباتوى العنقى لا ينتج عنه جحوظ المقلة بل انكماشها وفتحة الاجفان بخلاف تهيج الالياف العصبية السمباتوية الواصلة الى مقلة العين وهى

الالياف العينية الحدقيـة فانه ينشأ عن ذلك ظواهر مشابهة لما ينشأ عن الداء الذى نحن بصدده وهى جحوظ العين مع تمدد الحدقة ولاجل تجنب هذا التنافى قد قيل بالنظريات الآتية وهى ان الالياف السمباتوية الوعائية للعنق والرأس هى التى تكون فى حالة الشلل بخلاف الالياف العينية الحدقية الخارجة على انفرادها من العظيم السمباتوى تكون بعكس ذلك فى حالة تنبه متزايد

ثم ان داء باصدو يشاهد عند النساء أكثر من الرجال و يظهر ان كلا من اضطراب الحيض وفقر الدم (اى قلة كراته الحمراء) الذى كثيرا ما تصاحبه له دخل عظيم فى احداث هذا المرض لكن لا يسوغ اعتبار شلل الاعصاب الوعائية مجرد اضطراب عصبى من جملة الاضطرابات العصبية المنتشرة الاستيرية او نسبة استرخاء الجدر الوعائية الى عدم كفاية تغذيتها هى أو اعصابها الناشئ عن فقر الدم وقلة الكرات الحمراء فيه فان المرض الذى نحن بصدده لا يوجد بالاخص فى احوال الاستيريا الواضحة جدا ولا الخلوروزا المتقدمة أيضا بل انه يوجد احيانا عند اناث لم يعترها أدنى اضطراب فى الحيض ولا فقر فى الدم البتة وان أصاب هذا الداء الرجال وصل غالبا الى درجة تقدم عظيمة واصابته لهم تكون غالبا عند تكامل سن الرجولية بخلافه عند النساء فحصوله يكون فى أثناء الشبوبية عقب نمو أعضاء التناسل فيهن

وفى الغالب تشتكى المرضى ابتداء بخفقان فى القلب مدة طويلة من الزمن و يوجد عندهم سرعة عظيمة فى النبض عند البحث عنه بحيث يصل الى مائة وعشرين أو الى مائة وأربعين فى الدقيقة الواحدة قبل ان تلاحظ المرضى نفسها أو من كان حولها من عائلتها بان أعينها ازدادت بروزا زيادة عما كانت وان العنق حصل فيه انتفاخ وعند وضع اليد او المسماع على الغدة الدرقية يحس و يسمع بازيزا أوخرير واحيانا تسمع اغلاط نفخية فى القلب تعتبر غالبا اغلاطا دموية مادامت تجاويف القلب ليست فى حالة تمدد ولا ضخامة تابعيين اذ بدون ذلك يمكن الحكم من وجود لغط مرضى على وجود آفة عضوية فى الصمامات القلبية وفى الاحوال المتقدمة

جدا من هذا المرض يصير جحوظ العين عظيما جدا حتى ان الاجفان لا تغطى
العين تغطية تامة وربما نتج عن عدم امكان غلق العين عوارض نعم فقد
شوهدت احوال حصل فيها تقرح فى القرنيتين وتنقب فيهما بل فساد العين
بالكلية وهذه العوارض التابعية تنشأ بلا شك عن كل من عدم تغطية
العين تغطية تامة وجفافها ومع ذلك فيظهر أن الاحوال الثقيلة من ذلك
تنشأ عن حالة انستيزيا القرنية أى فقد حساسيتها حتى ان المعلم (جريفه) يقول
بوجود حالة عصبية شللية فى القرنية وكذا حركات العين يعتريها اضطراب
بسبب شلل عضلاتها الناتج عن توتر الاعصاب غالبا وأما قوة الابصار فلا
يحصل فيها اضطراب بقطع النظر عن التغيرات المرضية المذكورة للقرنية
وهناك ظاهرة واصفة أخرى تسبق جحوظ العين أحيانا وهى التقلص
التشنجى للرافعة الجفنية العليا كما قاله (جريفه) ويتضح ذلك من سقوط
الجفن العلوى ببطء سقوطا غير تام عند توجيه البصر الى أسفل وقد ذكر
(بيكر) فى العصر الاخير ان النبض الشريانى الذاتى فى أوعية الشبكية
عرض من جملة اعراض داء باصدو غير معتنى به الى الآن وفى الاحوال
الثقيلة من هذا المرض تصير النبضات الوعائية للغدة الدرقية والسباتيين
واضحة جدا بحيث تدرك من بعد وأغلب المرضى يشتكى مع ذلك بضجر
وبعضهم بدوار وألم فى الرأس وغيره من الظواهر المرضية الغير القارة
ثم ان هذا المرض يمتد عدة أشهر بل سنين ومن النادر جدا مشاهدة احوال
حادة منه ذات هجوم فجائى حى وسير سريع وعندما يكتسب هذا المرض سيرا
محزنا يكون ذلك ناشئا عن تمدد تدريجى فى القلب فتتناقص قوة حركته وفعله
فتقع المرضى فى حالة سيانوزية استسقائية ويؤدى الاحتقان الاحتباسى
فى أوعية الدورة الصغرى لعسر عظيم فى التنفس ثم أوذيما رئوية ويندر
حصول الموت بظواهر مرضية عصبية دماغية او بامراض أخرى تطرأ
عليهم وأما حصول التحسين فى هذا المرض او الشفاء التام منه فليس من
الامور النادرة بل الانتهاء بالشفاء اكثر حصولا منه من الانتهاء بالموت ثم
انه وان سهل جدا معرفة هذا المرض عند تمام تكونه واتضاحه يعسر
الحكم عليه فى اشكاله الغير التامة التكون والوضوح فان ازديادفعل

القلب وتنبهه لا يستدل منه فى الابتداء على شئ مادام كل من انتفاخ الغدة الدرقية و بحوظ العين مفقودا او يظن انه خفقان عصبى او ينسب لآفة عضوية فى القلب بل وصعوبة التشخيص تستمر فى الاحوال الغير النادرة التى فيها يفقد احد الاعراض الرئيسة لهذا المرض ولا يتضح بالكلية اذ قد يفقد احيانا تغيرات العين أو الغدة الدرقية او الظواهر المرضية التى تشاهد من جهة القلب أو تزول بسرعة بعد ظهورها

ثم ان معالجة داء باسدو التى شوهد فيها تحسين فى سير المرض فى احوال عديدة تشتمل على تدبير غذاء مقو وعلى تعاطى المركبات الحديدية الذى يصير ضروريا كلما اتضحت ظواهر الانيميا لكن لا يتوهم ان للمركبات الحديدية تأثيرا نوعيا فى التغير الاصلى لهذا المرض وعين ذلك يقال بالنسبة للديجتالا التى تستعمل استعمالا عرضيا عند وجود تنبه عظيم فى فعل القلب وكذا منفعة كثير من الجواهر الدوائية الاخرى الموصى بها كالكنين والويراترين و برومور البوتاسيوم والمركبات اليودية وكذا المعالجة بالماء البارد يظهر انها قاصرة على بعض الاحوال أو ان بعضها وهمى والمعلومات المستجدة بالنسبة لطبيعة هذا المرض أدت الطبيب دوش لاستعمال التيار الكهربائى المستمر المتولد من عشرة ازواج الى عشرين على العظيم السمباوى العنقى ونتيجة ذلك تنقيص سرعة النبض تنقيصا عظيما وتلطيف حالة بحوظ العين واحداث نوم منتظم لا الشفاء التام وأما التجارب العديدة المستجدة بواسطة التيار الجلوانى التى فعلها كل من ايلنبرج وجوتمن وشوستيك وميير وغيرهم فقد ثبت بها بلا شك جودة تأثير هذه الطريقة العلاجية الذى كثيرا ما يتضح عما قليل من الاستعمال ولو ان هذا التأثير الجيد غير تام ويتصف بتناقص بحوظ العين وانتفاخ الغدة الدرقية لا بتناقص فعل القلب

(الفصل الثانى)

فى أمراض التامور أعنى الغلاف القلبى

(المبحث الاول)

فى التهاب التامور

(كيفية الظهور والاسباب)

أما كيفية حصول التهاب التامور وظهوره فيرجع فيه الى ماذكرناه فى كيفية التهاب الغشاء المستبطن للصدر اعنى الالتهاب البليوراوى فانه فى كثير من احوال الالتهاب الجزئى لهذا الغشاء لايؤدى التغير الغذائى الالتهابى الى نضح خلائى وانسكاب فى باطن التامور بل يحصل فقط نمو وضخامة التهابية فى هذا الغشاء بحيث ان منسوجه الطبيعى ينمو كما سبق ذكره ويصير ثخينا وبهذه المثابة ينشأ مايسمى باللطخ الوترية وفى أحوال أخرى تصطحب هذه الضخامة بنضح سائب فى تجويف هذا الغلاف يحتوى على مواد ليفية دائما لكن يختلف متحصله بدون ان يمكن نسبة هذا الاختلاف الى سوء اخلاط مختلفة وكذا يعتبر ازدياد المادة الليفية فى الدم هنا تابعيا وليس اوليا

وأما اسباب التهاب التامور فمنها ان هذا المرض قد يحصل بندرة من مؤثرات جرحية كالجروح النافذة فى الصدر والسقطات والضربات الواقعة عليه ويتبع ذلك الاحوال التى فيها يمتد هذا التهاب من أعضاء مجاورة كالرئتين والبليورا ومن النادر جدا أن يصيب هذا الالتهاب اشخاصا سليمين من قبل مكوّنا لاصابة ذاتية اى قائمة بنفسها وذلك يحصل خصوصا فى الازمنة التى فيها تكثر مشاهدة كل من الالتهابات الرئوية والبليوراوية والحنجرية الليفية وغيرها من الآفات الالتهابية أعنى عند تسلطن بنية مرضية التهابية وفى مثل هذه الاحوال وان كان المعتقد عموما انه أثر على الجسم برد الا ان اثبات ذلك عسر غالبا وأكثر من ذلك حصولا ان ينضم التهاب التامور الى آفات أخرى حادة كانت أو مزمنة ولاسيما الى الروماتزم المفصلى الحاد خصوصا ان أصاب هذا المرض جملة مفاصل على التوالى فانه قد ثبت بالتقاويم والمشاهدات الاكيدة للمعلم (بمبرجر) أن ثلاثين حالة فى المائة من هذا المرض تتعلق بمضاعفته للروماتزم المفصلى الحاد وكذا يضاعف التهاب التامور داء بريكت غالبا والاشكال المختلفة من السل الرئوى وقد ينضم الى الآفات المزمنة من القلب أو انوريزما الاورطى ويظهر لنا

فى جميع هـذه الاحوال كما بيناه سابقا ان الآفة الاصلية ينشأ عنها ازدياد الاستعداد للاصابة بالتهاب التامور لكن هـذا الالتهاب لا يكون مرضا تابعيا بل مضاعفا للمرض الاصلى فحينئذ لا يعتبر مرضا ثانويا بالمعنى الحقيقى وعكس ذلك يقال بالنسبة للاحوال التى فيها التهاب التامور يصاحب تسمم الدم وما أشبهه من الاحوال المرضية التسممية كحمى النفاس والاشكال الثقيلة من الحصبة والجدرى فان التهاب الغلاف القلبى فى مثل هـذه الاحوال من النتائج الملازمة للمرض الاصلى فلا يكون حينئذ مضاعفا له فان التسمم العام ينشأ عنه عدة اضطرابات غذائية التهابية فى أعضاء مختلفة ومن جملتها التامور

(الصفات التشريحية)

يوجد فى الجثة غالبا سيما جثة الاشخاص المتقدمين فى السن على الورقة الحشوية من التامور زغب رقيق متكوّن من منسوج خلوى دقيق كثير الاوعية وأكثر من ذلك وجود تراكمات مبيضة سطحية وتربية تسمى باللطخ المبيضة واللبنية وبالبقع الوترية تتكون من منسوج خلوى حديث عبارة عن امتداد لا واسطى من المنسوج الخلوى الطبيعى للتامور ويعسر انفصالها منه وتكون مغطاة بطبقته البشرية ونمو التامور هذا ان كان ينبوعه التهابيا يظهر كما بيناه انه ناشئ عن التهاب ذى نضح غذائى وهو الالتهاب التامورى الجاف فنشوءه حينئذ يشابه غيره كتخن وريقى البليورا والتصاقاتهما وحيث ان النمو الحلى للتامور واللطخ الوترية لا يمكن معرفتهما مدة الحياة بل يوجدان دائما بالصادفة فى الرمة فلا نذكرهما فيما سيأتى فى شرح هذا المرض

وانما نذكر عند شرح الالتهاب التامورى النضحى اولا التغيرات التى تعترى نسيج غلاف القلب وثانيا صفة النضح المنسكب وكميته

فغلاف القلب يظهر كثيرا احمرارا أو قليله فى ابتداء هـذا المرض بسبب الاحتقان العظيم لاوعيته الشعرية ويوجد انسكاب دموى فى بعض اجزائه مكونا البقع محمرة دا كنة ذات شكل غير منتظم ونسيج التامور يكون مسترخيا بسبب ارتشاحه ارتشاحا مصليا سهل التمزق وسطحه الظاهر دا كنا غير لماع

بسبب انفصال طبقته البشرية ويكتسب هذا الغشاء هيئة لبدية وتتكون عليه خمل لطيف وحلمات وثنيات ناشئة فى نمو الاخلية الحديثة للمنسوج الخلاوى وذلك عبارة عن ابتداء تكون أغشية كاذبة والتصاق وريقتى التامور ببعضهما

والانسكابات التامورية يظهر فيها جميع التغيرات التى بيناها عند ذكر الانسكابات البلورا وية فان هذا الانسكاب التامورى ينقسم بسرعة الى جزء سائل وجزء صلب فاما الجزء السائل فتارة يكون قليلا وتارة يبلغ وزنه جملة ارطال فان كان بكمية قليلة تجمع فى الجزء العلوى المقدم من غلاف القلب حذاء منشأ الاوعية الغليظة وشغل القلب بثقله الجزء السفلى من هذا الغلاف وان كان بكمية عظيمة أحاط بجميع القلب ومدد غلافه وضغط على الرئة سيما الفص السفلى من الرئة اليسرى بل ربما نتج عنه تمدد فى القسم القلبى من الصدر

ثم ان النضح وان احتوى فى جميع الاحوال على أخلية جديدة التكوين أعنى اكرا صديدية الا ان كميتها تكون قليلة جدا فى الغالب وحينئذ يكون الجزء السائل من هذا النضح سائلا شفافا لا لون له أو مصفرا ومتى كان هذا الجزء السائل مشتملا على كمية قليلة أو عظيمة من مواد ليفية منعقدة سمى النضح بالمصل الليفى وقليل من المواد الليفية يحدث تعكرا خفيفا فى النضح السائل ويصيره ندفيا واحيانا تتكون الياف دقيقة أو أغشية رقيقة تمتد من وريقة الى أخرى على هيئة النسيج وهذه الصفة تشاهد على الخصوص فى الاحوال التى فيها يكون التهاب التامور ناشئا عن سير الالتهاب من الاعضاء الحشوية المجاورة الى غلاف القلب وامتداده اليه وفى أحوال أخرى يكون النضح كثير المواد الليفية فترسب هذه المواد بكمية عظيمة على المنسوج الخلاوى الجديد التكوين الذى ينمو على الاسطحة السائبة من وريقتى الغلاف القلبى فتكون اذ ذاك شبكة خلابة وحينئذ يكتسب السطح الظاهر من القلب هيئة اسفنجية مقطوعة أو هيئة سطح مغطى بالزبد وتفرع منه سطح آخر كان ملامساله والقلب الذى يكون عليه هذا الراسب الليفى خملا أو زغبا يسمى بالقلب الخملى أو الزغبى ومثل هذا الشكل من النضح

يشاهد

يشاهد على الخصوص فى أحوال التهاب التامور الذى يضاعف الروماتزم المفصلى الحاد

وفى أحوال أخرى يحصل مع هذا النضح انسكاب مواد دموية من أوعية شعرية متمزقة وبهذه الكيفية يتكون النضح الدموى فان كان الدم المختلط قليلا ظهر المصل متلونا بالحمرة وان كان عظيما ظهر النضح على هيئة الانسكاب الدموى المحض واكتسب لونا مسودا وكذا الرسوبات الليفية التى يكون لونها عادة أبيض مصفرا تكتسب باختلاطها بالدم تارة لونا أحمر قانيا وتارة داكنا ثم ان النضح الدموى قد يشاهد فى أحوال التهاب التامور الحديث متى اصاب هذا المرض اشخاصا منهوكين كالمدمنين على المشروبات الروحية وكالمرضى المعتريهم السل أوداء (بريكت) المتقدم فى السير وفى الغالب يشاهد هذا النضح الدموى متى كان الالتهاب ليس مضيبا لجوهر التامور بل للمنسوج الخلوى الحديث التكوين الذى يظهر عليه فانه يتكون فى هذا الاخير أوعية دقيقة مستطيلة تتمزق بسهولة وفى هذه الاحوال الاخيرة كثيرا مايشاهد مع النضح الدموى درن دخنى فى الاغشية الكاذبة الحديثة التكوين وهذا التغير التشريحى الذى هو عبارة عن النضح الدموى وتدرن الاغشية الكاذبة كثير المشاهدة فى أحوال التهاب التامور المزمن وفيه كثيرا مايظهر مدة الحياة ثورانات متعددة

وان كان النضح مختلطا بكمية عظيمة من أخلية صديدية اى أكرصديدية صار السائل المنسكب مصفرا وغير شفاف شبيها بالقيح المائع وكذا الرواسب الليفية تصير صفراء فاقعة وتفقد مرونتها وتصير هشة بل عجينية وهذا الشكل من النضح يسمى بالنضح الصديدى (وبالتجمع الصديدى للتامور) وحصوله كحصول الانبييم (أعنى التجمع الصديدى للصدر) اماعقب استمرار التهاب التامور ذى النضح المصلى الليفى زمنا طويلا واما يكون هذا الالتهاب له ميل عظيم لتكوين أخلية صديدية من الابتداء بحيث ان النضح الحديث يكون صديديا وهذه الحالة تشاهد فى التهاب التامور الذى يحصل فى أثناء سير التسمم الصديدى للدم والحمى النفاسية ونحو ذلك وقد يتكون فى جوهر الطبقة المصلية التامورية كرات صديدية وان كان هذا نادرا بالنسبة

لتكونها في الانبيم وحينئذ يمكن أن يحصل تقرح في التامور
وقد يعتري النضح الالتهابي التاموري فساد وتحلل في أحوال نادرة جدا
فيصير كريه الرائحة متغير اللون وتظهر فيه غازات فيحصل أيضا
تقرح في التامور وبفساد هذا النضح وتعفنه يتكون ما يسمى بالنضح
الصديدي
وجوهر القلب اللحمي لا يعتريه في الاحوال الحديثة من هذا المرض تغير عظيم
غالبا لكن مع استطالة الزمن وشدة المرض يرتشح ارتشاحا مصليا فيصير
رخوا مسترخيا بحيث ينضم الى التهاب التامور تمدد في القلب وفي أحوال
النضح الدموي والصديدي يسترخي الجوهر العضلي من القلب بالكلية
ويتغير لونه ويلين ويعتري طبقاته القريبة من التامور استحالة شحمية كما
ذكره (ورجوف) وبالجملة لا يندر أن يكون القلب مجلس الالتهاب
عضلي
ثم ان انتهاء الالتهاب التاموري يتعلق بدرجة ثخن هذا الغلاف وبكمية
المواد المنعقدة من النضح فان كان ثخن التامور غير عظيم والنضح قليل
الليفية امتص هذا النضح غالبا وأول ما يمتص الجزء السائل منه ثم الاجزاء
الصلبة أعني المواد الليفية ثم الكرات الصديدية بعد أن يعتريها استحالة
شحمية وتصير اذذاك قابلة للامتصاص وثخن التامور قد يبقى على شكل
لطخ وتربة ممتدة فيحصل التصاق ورقتي التامور مع بعضهما وهذه
الظاهرة ليست ذات أهمية عظيمة متى كان ثخن التامور غير عظيم بحيث يمكن
أن يعتبر هذا الانتهاء انتهاء بالشفاء واما ان استمر التهاب التامور زمنا طويلا
فان ثخن هذا الغلاف وضخامته يصيران عظيمين جدا بحيث تحصل
اضطرابات عظيمة ولو امتص النضح فالمنسوج الخلوي الحديث التكوين
يستحيل الى مادة ليفية صلبة فيكون الغلاف القلبي حينئذ محفظة ثخينة
متيبسة حول هذا العضو والوريقة الجدرانية تقل سمكا غالبا بحيث ان
حصل امتصاص تام في النضح يمكن ان تلتصق بالوريقة الحشوية التصاقا
تاما ولا يندر ان يحصل في مثل هذه الاحوال امتصاص غير تام وحينئذ
تكون وريقتا التامور ملتصقتين ببعضهما التصاقا غير تام ويوجد في محال

أخرى بقايا النضح الالتهابي على هيئة مواد صديدية أو جبنية لا يندر أن تستحيل فيما بعد الى تركات كاسية صلبة بحيث يمكن أن تغور فى جوهر القلب

وان حصل الموت عند ارتقاء الالتهاب التاموري الحاد أو فى اثناء سير شكله المزمن لا يندر أن يشاهد فى الرمة أثر السيانوز والانسكابات الاستسقائية

(الاعراض والسير)

حيث ان التهاب التامور يكاد لا يصيب شخصا سليما من قبل مكونا لمرض قائم بنفسه مميز العسر وصفه وصفا واضحا على انفراده وزيادة على ذلك ان هذا الالتهاب متى انضم الى مرض آخر لا ينوع اعراضه الا قليلا جدا بحيث يسهل اختفاؤه على الطبيب فان امتد كل من الالتهاب البليوراوي والرئوي الى التامور فلا يمكن تشخيص هذا المرض الاخير بدون البحث الطبيعي بل ولا الظن بوجوده وحيث البحث المذكور لا يستدل منه فى كثير من الاحوال على شئ فطالما ان اشتراك التامور فى الالتهاب لا يعرف الا فى الرمة عند فعل الصفة التشريحية

ومتى انضم التهاب التامور الى الروماتزم المفصلي الحاد فمن النادر ان يستدل من ارتقاء درجة الحرارة ومن القشعريرة وسرعة النبض أو بطئه بطأ غير طبيعي ومن الالم الشديد أو الاصم فى قسم القلب ومن الخفقان والضجر وضيق النفس على الالتهاب الحاصل فى التامور ولذا ينبغي للطبيب التمسك بالقاعدة المضطردة من كونه يبحث كل يوم فى قسم القلب بواسطة التسمع عن المريض المصاب بالروماتزم المفصلي الحاد ولو لم يشتك بشئ فان هاتيك العلامات ربما تفقد بالكلية مع وجود التهاب التامور بل ولو مع وجود انسكاب عظيم فيه والظواهر المحسوسة التي يشتكي بها المريض المصاب بالالتهاب التاموري فى غير ما ذكر هي الالم فى قسم القلب والخفقان فالالم يشغل عادة الجهة اليسرى من القسم الشراسيفي وينتشر من هذا الجزء الى باقي أجزاء الصدر ويكون تارة أصم وتارة ناخسا ويكاد يزيد على الدوام عند الضغط على القسم الشراسيفي ضغطا غائرا بالانحراف الى أعلى وأما الالم الشديد جدا فيكاد يدل على اشتراك البليورا أو الرئة على الدوام والتشكي

بالخفقان من المعلوم انه يوجد فى جميع الاحوال التى فيها تكون انقباضات القلب متعسرة بحيث ان وظيفة هذا العضو لاتتم الا بجهودات شاقة ومن الواضح ان التهاب التامور يحدث تعسرا عظيما فى اتمام وظيفة القلب اما بواسطة ضغط النضح على هذا العضو أو بارتشاح جوهره العضلى ارتشاحا مصليا واما باشتراكه فى الالتهاب بل ومن المستغرب ان التشكى بالخفقان وغيره من ظواهر عوق فعل القلب كثيرا مالا يشاهد فى هذا المرض وقد يصير النبض سريعا جدا فى بعض الاحوال متى انضم الى الروماتزم المفصلى الحاد التهاب فى التامور بعد أن كان بطيأ بطيأ وقتيا كما يشاهد ذلك فى أحوال نادرة وقد ذكرنا هذه الظاهرة عند الكلام على التهاب الغشاء الباطن للقلب وبينا هنالك انها تتعلق بتهيج فى العقد العصبية القلبية الناشئ عن امتداد التهاب الاجزاء المجاورة لها طبقا لبعض النظريات ثم ان صار النبض السريع جدا صغيرا أمكن أن يشاهد فى التهاب التامور حالة مرضية مشابهة لحالة التيفوس أوغيره من الحميات الضعفية فالمرضى تقع فى هبوط عظيم ويظهر عندهم ضجر عظيم واضطراب فى النوم وحالة قلق وفزع وهذيان ثم يظهر فيهم تعس وكلما صارت انقباضات القلب غير تامة سريعة انضم لذلك ظواهر مرضية تدل على عوق انصباب الدم فى القلب الذى لم يتم استفراغه منه فيصير الوجه حينئذ منتفخا مزرقا ويسرع التنفس وان انضم الى الاحتقان الرئوى الاحتباسى عائق آخر فى التنفس وضغط الانسكاب التامورى العظيم على الرئة أمكن أن يصل عسر التنفس الى أرقى الدرجات فالمرضى تكون مستلقية على الجهة اليسرى بسبب انضغاط الرئة اليسرى وذلك لاجل سهولة حركة الجهة اليمنى من الصدر أو انها تكون جالسة فى فراشها مائلة الى الامام وكذا فى الاحوال التى فيها لايعترى وظائف القلب تغير عظيم بواسطة الالتهاب التامورى يمكن أن ينشأ عن انضغاط الرئة عسر فى التنفس بل قد يصير عسر التنفس عظيما جدا ويصطحب بالظواهر المرضية التى شرحناها بحيث ان كلا من الالم فى قسم القلب والتشكى بالخفقان الذى ينضم اليه فيما بعد عسر فى التنفس يعتبر من المعلومات المحسوسة للمريض الكثيرة المشاهدة فى التهاب التامور متى أدى هذا المرض

لاضطراب وطيسق فى القلب وأما سرعة النبض فليست من الاعراض الكثيرة الحصول فيه

ثم ان ضاعف التهاب التامور السل الرئوى أوداء بريكت اوالآفات العضوية المزمنة للقلب أوايتوديزما الاورطى كان سير هذا المرض خفيا أيضا بل أكثر خفية من الذى يضاعف الروماتزم المفصلى الحاد فلا يمكن تشخيصه الابالبحث الطبيعى وعند استمرار هذا المرض زمنا طويلا يظهر مجموع الاعراض الذى بيناه فى التهاب التامور المزمن

وأما ان طرأ هذا المرض فى أثناء سير الامراض التسممية العامة الثقيلة فان الاعراض المحسوسة للمريض تفقد لانه فى جميع هذه الامراض يكون الدماغ مضطربا بسبب الحمى الضعفية المصاحبة وانحطاط المرضى يصيرها غير حاسة للآلام ولوكانت أشد من التى يحدثها هذا المرض وهذا المرض يحدث بسهولة اضطرابا فى فعل القلب خصوصا متى كان لنضح صديديا لكن كذلك بدون العلامات الطبيعية لايمكن الحكم من سرعة النبض العظيمة ومن صغره بأن الانحطاط العظيم للمريض متعلق بالتهاب التامور

وأما سير هذا المرض فانه يكون حادا وينتهى بالشفاء التام فى اشكاله التى تصاحب الالتهاب الرئوى والبليوراوى والروماتزم المفصلى الحاد وان كان هذا المرض لايحدث اعراضا محسوسة للمريض كما يحصل ذلك بكثرة فلا يمكن معرفة هذا السير الجيد الابالبحث الطبيعى وان كان مع المريض خفقان وآلام وضيق فى التنفس زالت هذه الاعراض بعد بعض زمن وكذا تزول سرعة النبض ان كانت موجودة ويندر مشاهدة هذا السير والانتهاء الجيدين فى اشكال هذا المرض المصاحبة للسل الرئوى وداء بريكت والآفات المزمنة للقلب واندر من ذلك مشاهدته فى شكل التهاب التامور الصديدى الذى يصاحب التسمم العفن للدم ونحو ذلك

وليس من الكثير أن يحصل الموت فى أثناء سير التهاب التامور الحاد وأقل ما هنالك ان هذا الانتهاء يندر أن يكون نتيجة لاواسطية لهذا المرض وان حصل ذلك فى أحوال التهاب التامور المضاعف للروماتزم المفصلى الحاد

ارتقت اعراض اضطراب فعل القلب ارتقاء فجائيا أحيانا والغالب أن ترتقي بالتدريج الى اعراض شلل القلب فيصير النبض أكثر صغرا ويزيد عدم انتظامه ويفقد الادراك ويؤدى احتقان الرئة الاحتباسي الى حصول أوذيما فيها فيهلك المريض بهذه الاعراض ويمكن حصول الموت قبل ذلك متى انضم لالتهاب التامور التهاب في الرئة او البلورا وقد يسرع الانتهاء المحزن من طرو هذا المرض عند المصابين بالسل الرئوى وداء (بركت) ونحو ذلك لكن حصول ماذكر يكاد يكون على الدوام بظواهر التهاب التامور المزمن وأما التهاب التامور ذو النضح الصديدى من الابتداء فانه وان كان ينتهى بالموت على الدوام لكن يعسر الحكم غالبا بأن حصول الانتهاء المحزن متعلق بالالتهاب التامورى أو بالمرض الاصلى له

وهناك انتهاء ثالث لهذا المرض وهو انتقال الشكل الحاد منه الى الشكل المزمن فان التهاب التامور المزمن وان كان يعقب في كثير من الاحوال شكل هذا المرض المضاعف للروماتزم المفصلى الحاد الا انه تكثر مشاهدته في اشكال هذا المرض التى تصاحب سوء القنية المزمن وأمراض القلب التى سبق ذكرها فيبعد ان يكون هذا المرض ابتدأ بالحالة الحادة والسير الذى بناء يحصل امتصاص جزئى ثم بعد زمن متفاوت الطول يحصل ثوران في الالتهاب ورجوعه (كما يشاهد ذلك في أحوال عديدة من الالتهاب البليوراوى) فيصير النضح عظيم الكمية جدا ويزداد عسر التنفس ازديادا عظيما وهذه الظواهر قد يحصل فيها انحطاط بعد بعض زمن لكن لا يندر أن يحصل ازدياد فيها ثانيا وتنقل جديد وبذلك يستمر هذا المرض جملة اشهر وكلما كان انسكاب التامور كثير الكمية كان عسر التنفس أكثر ثقلا وكل من السيانوز والاستسقاء اكثر وضوحا فان جميع الدم الذى يقل قبول الشرايين له يتجمع في الاوردة ولا يمكن ان يجد له محلا في القلب الايمن فان هذا الاخير يكون منضغطا بالنضح فلا يتمدد كما يحصل ذلك في غير هذا المرض من أمراض القلب ويندر ان ينتهى التهاب التامور المزمن بالشفاء بل الغالب حصول الموت بظواهر اوذيما الرئتين وعدم كفاية التنفس ويكاد يخلفه في جميع الاحوال الاخرى امراض تابعية

ومن الامراض التابعـة لهـذا المرض أولا التصاق القلب بغلافه الذى سنشرحـه فى المبحث الآتى ثانيا تمـدد القلب الذى يكون مرضا تابعا لالتهاب التامور ويكثر حصوله بعده كلما كان استمراره طويلا وان كان الجوهر العضلى للقلب غير مكابد لاستحالة مرضـية جاز أن ينشأ عن تمدد هذا العضو ضخامة عمومية ثالثا تعد هذه الآفة مرضا تابعا لالتهاب التامور أيضا رابعا قد يحصـل من استمرار انضغاط القلب بالنضح التامورى وتخلل جوهره العضلى بالسائل المحيط به وتشربه له تغير فى تغذية هذا العضو فيخلف ذلك ضمور واستحالة شحمية فيه

(العلامات الطبيعية)

أما البحث بالنظر فيسـتدل منه فى الاحوال التى بها يكون الانسكاب التامورى عظيما جـدا على تحدب واضح فى قسم القلب وانمحاء المسافات بين الاضـلاع وكلما كانت الغضاريف الضلعية أكثر نعظما كان حصول تمدد قسم القلب اكثر عسرا بحيث ان تحدب هذا القسم يكون كثير الوضوح عند الاطفال والشبان

وبالجس يحس بضربات القلب فى محلها الطبيعى حتى انها تكون أحيانا كثيرة القوة وعنـد ازدياد الانسكاب تكاد تصـير دائما ضعيفة عن الحالة الطبيعيـة اذا لم يكن القلب ضخما أوفى حالة تنبيه شـديد ثم تزول ضربات القلب بالكلية فيما بعـد غالبا ولا يندر أن يحس بها عنـد قيام المريض وتزول عند استلقائه على ظهره لان القلب ينغمر فى السائل ويتباعـد عن جدر الصـدر وان أحس الطبيب بضربات لقلب وجـدت غائرة ومتحولة نحو الجهـة الوحشـية فان التامور الممتلئ بالسائل يدفع الحجاب الحاجز الى أسـفل وقول المعـلم (اوبولسر) انه من الظواهر الواصفة لتجمع سائل فى التامور وان ضربات القلب يتغير محلها باختلاف أوضاع المريض غـير واضح فانه طبقا للمشاهدات العـديدة للمعلم (برهرد) القائل بتزحزح قمة القلب عند أغلب الاشخاص الاصحاء بنحو سنتيمترين جهـة اليسار متى استلقوا على الجانب الايسر وبالجملة تحس اليد الموضوعة على قسم القلب باحتكاك واضح أحيانا ناشئ عن احتكاك وريقتى البلبورا الغير المستوتين

على بعضهما

وبالقرع لا يسمع صوت غير طبيعي ولو كان الانسكاب بكمية متوسطة (تبلغ نصف رطل) متى كانت الرئة موضوعة بين غلاف القلب وجدر الصدر لكن في غالب الاحوال تحصل بسرعة اصمية غير طبيعية تكون بالمحل الذي تشغله ابتداء وبالشكل الذي تكتسبه فيما بعد علامة مهمة دالة على التهاب التامور ففي الابتداء يحس بأصمية صوت القرع حذاء منشا الاورطى والشريان الرئوى وذلك لان السائل يصعد الى أعلى والقلب يشغل المحل الاكثر غورا وهذه الاصمية تمتد الى أعلى نحو الضلع الثاني أو أعلى من ذلك وتجاوز الحافة اليمنى من القص وعندما يكون الانسكاب غزيرا جدا يحيط السائل بجميع جهات القلب فالاصمية تكون حينئذ مثلثا قاعدته جهة الاسفل وقمته المنقطعة نحو الاعلى والاصمية التي تأخذ في العرض شيأ فشيأ نحو الاسفل تجاوز فيما بعد الخط الثديي اليساري مجاوزة عظيمة كما انها تجاوز الحافة اليمنى من القص ومتى جاوزت أصمية القلب من جهة اليسار المحل الذي تقرع عليه قمة القلب عادة دلت هذه العلامة تأكيدا على تجمع سائل في التامور وقد نبه المعلم (جرهرد) على ان القاعدة العمومية من انه في أحوال الانسكابات التامورية تبقى أصمية القلب على حالها في أثناء القيام والجلوس فيها استثناء عظيم وذلك لان أصمية القلب التي تكون متزايدة عند الاضطجاع يزيد اتساعها بقدر ثلث خط او نصف خط

وبالسمع يحس بان الغاط القلب ضعيفة خفية بل تكاد لا تدرك أحيانا متى كان القلب غير ضخم او في حالة فعل شديد فعدم التناسب بين أصمية القلب الممتدة وضربانه الضعيفة والغاطه الخفية من العلامات المهمة جدا في تشخيص انسكابات غلاف القلب وينضم لذلك في معظم الاحوال وجود الغاط احتكاكية كاحتكاك الاظافر والمسح بالفرشة أو البشر (ولذا تسمى بالالغاط الاحتكاكية) وهذه الالغاط وان كانت لا تسمع في الالتهاب البليوراى الا اذا لم تكن وريقتا البليورا متباعدتين عن بعضهما بسائل أو كان امتص الجزء السائل من النضح تسمع عند التهاب التامور

ولو كان متجمعا فيه كمية عظيمة من السائل فان كثرة تحرك القلب فى غلافه هى التى توجب ملامسة ورقتى هذا الغلاف لبعضهما ولو كان السائل غزيرا لكن حيث ان هذه الالغاط الاحتكاكية تنشأ من ارتفاع القلب وانخفاضه خلف جدار الصدر ومن حركته الالتوائية على محوره العمودى متى كانت الاسطحة المنزلقة على بعضها اذ ذاك غير مستوية فانها وان ظهرت بطرز متعاقب الا انها تكاد لا توافق الغاط القلب فى الزمن موافقة تامة بل انها تستطيل عنها فكانها تتأخر عنها او تتقدم وفى ابتداء التهاب التامور قد يسمع فى قسم القلب نفخ خفيف مجهول المنشا والتكون ومثل ذلك يقال بالنسبة لانقسام اللغط الاول فى الاورطى فهو عرض قد يشاهد فى ابتداء هذا المرض

وفى حذاء الفص السفلى من الرئة اليسرى يصير صوت القرع غالبا فارغا أصم وذلك بسبب انضغاطه وينبغى الاحتراس من الحكم بذلك على وجود مضاعفة بانسكاب بليوراوى يسارى فان وجود التموج الصوتى الصدرى يمنعنا من الوقوع فى الخطا

(التشخيص)

التهاب التامور يختلط بسهولة بالتهاب الغشاء الباطن من القلب فان الاضطرابات الوظيفية ان وجدت يكون لها مشابهة تامة ببعضها ومع ذلك تحصل آلام فى قسم القلب عند حصول التهاب فى التامور أكثر منه فى التهاب الغشاء الباطن للقلب وعين ذلك يقال بالنسبة لضيق النفس العظيم والظواهر السيانوزية وحيث ان كلا من هذين المرضين لا يحدث عنه غالبا ظواهر مرضية محسوسة للمريض فالذى يرتكن اليه فى التشخيص التميزى هى العلامات الطبيعية وذلك اولا ان تحدب قسم القلب الذى لا يوجد مطلقا فى التهاب الغشاء الباطن من هذا العضو يشاهد فى كثير من أحوال التهاب التامور وثانيا يرتكن فى التشخيص التميزى على شكل الاصمية الغير الطبيعية فانه فى احوال التهاب الغشاء الباطن من القلب قد تصير اصمية القلب عريضة عما قليل من الايام متى انضم لذلك بسرعة تمدد فى البطين الايمن للقلب واما فى احوال التهاب التامور فان الاصمية تكاد تبتدئ دائما

فى هذا منشأ الا وعية الغليظة وتكتسب فيما بعد الشكل المثلث المعلوم فان جاوز الحد الايسر من أصمية القلب طرف هذا العضو والحد الايمن من هذه الاصمية جاوز الحافة اليمنى للقص كان هذا دليلا قطعيا على انسكاب فى التامور وقد نبهنا فيما سبق على انه مع امتداد الاصمية تكون الغاط القلب خفية وضر بانه ضعيفة بل انها تختفى بالكلية عند استلقاء المريض على ظهره وأحيانا تكون اصمية القلب غير ممتدة ولو مع انسكاب عظيم فى التامور غير أنه فى محيط الاصمية يكون صوت القرع فارغا وفى مثل هذه الاحوال التى فيها يوجد بعض عسر فى التشخيص تكون الحوافى المقدمة من الرئتين غير منقبضة بسبب التصاق البليورا الحشوية مع البليورا الجدرانية وثالثا انه فى غالب الاحوال يمكن الحكم باد الغاط المرضية التى تسمع فى القلب على وجود أحد هذين المرضين مع التأكيد كما انه يمكن الارتكان فى ذلك بصفة اللغط نفسه فانه وان كانت الالغاط المرضية التى تحصل فى التامور وفى القلب نفسه الغاطا احتكاكية الا ان الاحتكاك فى الحالة الاولى يكون ناشئا عن احتكاك ورقتى التامور ببعضهما وفى الحالة الثانية يكون ناشئا عن احتكاك العمود الدموى على السطح الخشن من الغشاء الباطن للقلب لكن فى كثير من الاحوال يكون اللغط شبيها بالبشر أو حك الاظافر بحيث يمكن الشك فى ان منشأه من التامور وأهم من ذلك محل منشا هذه الالغاط التى تسمع فيه وذلك ان القلب الايمن هو الذى يلامس الجدار المقدم للصدر وينزلق عليه فى أثناء حركة الستول والدياستول فيكون أكثر استماع الالغاط المرضية التامورية حذاء البطين الايمن أعنى فى المحل الذى يندر فيه استماع الالغاط القلبية المرضية الناشئة عن التهاب الغشاء الباطن من القلب او الآفات العضوية للصمامات ومن المهم فى التمييز بين هذين المرضين ايضا الزمن الذى تسمع فيه الالغاط المرضية فانه فى احوال التهاب الغشاء الباطن من القلب تكون موافقة فى الزمن لالغاط القلب أو تحل محلها وأما فى أحوال التهاب التامور فانها تسبقها او تعقبها وعندما يكون فعل القلب شديدا او سريعا يعسر الحكم بأن كان اللغط المرضى موافقا فى الزمن لاصوات القلب ام لا وهناك تمييز آخر وهو امتداد اللغط المرضى فانه فى

احوال التهاب التامور كثيرا ما يكون قاصرا على صقع محدود وأما فى احوال التهاب الغشاء الباطن من القلب فانه يمتد الى بعيد بواسطة العمود الدموى كما قاله (بمبرجر) والالغاط التامورية يختلف محلها باختلاف اوضاع المريض فان القلب يتغير محله فى السائل ايضا فاللغط الذى لا يسمع الا عند وقوف المريض اواستلقائه على احد الجانبين يكون دائما تاموريا كما ذكره (بجرهرد) وبالجملة تكون الالغاط الاحتكاكية أكثر وضوحا عند الضغط الخفيف على المسماع وفى الاحوال المشكوك فيها تكاد تكفى المشاهدة المتكررة جملة أيام حتى يزول الشك فان الالغاط التامورية يندر أن تستمر زمنا طويلا وان حصل ذلك فلا بد وأن تغير محلها او وضعها

وان كانت الوريقة البلورا وية المغطية للتامور ملتهبة أمكن ظهور لغط احتكاكى دورى متى تزحزح جزء البلورا الخشن عند فعل القلب عن البلورا الرئوية أو الضلعية الملامسة له وهذا اللغط الاحتكاكى الخارج عن التامور يتميز عن اللغط الاحتكاكى داخل هذا الغمد متى زال زوالا تاما مدة الشهيق فقط وقد شاهدت حالة واضحة أمكن فيها التحقق بالجس والقرع من أن حافة الرئة المتمددة مدة الشهيق كانت تدخل فى الجيب المنصف المقدم فاصلة للاجزاء الخشنة من التامور والبلورا الملتهبة عن بعضها

ويعسر الحكم على معرفة شكل النضح فى الحالة الراهنة من هذا المرض ومع ذلك فمعرفة اسباب هذا المرض ومدته يستنتج منهما مع التقريب أحد اشكال هذا النضح فان الالتهاب التامورى الذى يضاعف الروماتزم المفصلى الحادمتى كان حديثا يكاد يكون نضحه مصليا ليفيا وأما التهابه الذى يحصل فى أثناء التسمم الصديدى للدم ونحوه فنضحه يكون صديديا وأما التهاب التامور المزمن فانه فى كثير من الاحوال يكون نضحه دمويا وأما الحكم بنوع الاضطراب المرضى العام على شكل النضح فخطأ فان هذا الاضطراب يتعلق بالمرض الاصلى لا بشكل النضح بل والبحث عن العلامات الطبيعية لا يرتكن اليه عند ظهور الغاط احتكاكية الا على وجود تراكمات ليفية خشنة وأما فى أحوال النضح الصديدى فان وريقتى التامور لا تصيران خشنتين بحيث

لايحصل اللغط الا حتكاكي بذلك

(الحكم على العاقبة)

الالتهاب التاموري متى انضم الى الروماتزم المفصلى الحاد لايؤدى للهلاك الانادرا وعين ذلك يقال بالنسبة للالتهاب التامورى الاولى الاصلى والجرحى فان المعلم (بعبجر) لم يشاهد حالة واحدة مهلكة فى عشرين حالة شاهدها منها سبعة عشر كانت مصاحبة للروماتزم المفصلى الحاد وكذا التهاب التامور الذى يضاعف الالتهاب الرئوى والبليوراوى فان عاقبته جيدة كما ثبت أيضا من تقاويم المعلم (بعبجر) وينعكس الامر فى الاحوال التى فيها يطرأ هذا المرض على امراض غير قابلة للشفاء فانه فيها يسرع الانتهاء المحزن وان كان لايحدثه بنفسه

وقد ذكرنا عند الكلام على انهاآت الالتهاب التامورى كثرة عدد الامراض التابعية التى تخلف هذا المرض بعد انتهاء سيره وهذه الامراض التابعية باختلاف شكلها تكون مهددة للحياة فيما بعد بسرعة او بطء

(المعالجة)

معالجة التهاب التامور تؤخذ مما قررناه فى معالجة الالتهاب البليوراوى والتهاب الغشاء الباطن من القلب فليراجع

أما القصد العام فلا يستدعيه هذا المرض فى حد ذاته فيقتصر على استعماله فى الاحوال التى فيها ينتج عن عوق استفراغ الاوردة فى القلب ظواهر ضغط فى الدماغ وتستدعى تنقيص كمية الدم وأما الاستفراغات الدموية الموضعية فانها تلطف الآلام الموجودة فى قسم القلب وينبغى استعمالها متى صارت هذه الآلام متعبة للمريض

والاجود فى ذلك ارسال قدر عشر علقات أو عشرين على الحافة اليسرى من القص فان نجاح ذلك فى غالب الاحوال عظيم واستعمال التبريد فى هذا المرض ناجح أيضا ولذا يوصى بوضع مثانات مملوءة بالجليد على قسم القلب وأما استعمال الويرترين الذى أوصى به وارنج كوران وذكرانه ملطف للحمى ومنقص لضيق النفس ومحدث لافراز بولى غزير فليس له عندى تجارب شخصية فى منفعته والديجيتالا ناجحة فى الاحوال التى فيها فعل القلب يكون

سريعا جدا او غير كاف بحيث تظهر أظواهر سيانوزية واستسقائية فانه ينشأ عنها اذذاك ثمرة عظيمة وأما الزئبق الحلو والمرهم الزئبقي فاستعمالهما وان بالغ في مدحه أطباء الانجليز فلا حاجة له في الغالب بل يضر أحيانا وأما استعمال كل من مدرات البول والمسهلات الشديدة والاستحضارات البودية والحراريق فيقال فيه ماذكرناه في معالجة ذات الجنب على هذه الوسائط الدوائية وأما فقر الدم في أحوال الالتهاب التاموري المزمن فانه يستدعى استعمال غذاء مقو والاستحضارات الحديدية وأما شلل القلب المهدد فيستدعى استعمال المنبهات

وان انضم الالتهاب التاموري الحاد الى الروماتزم المفصلي الحاد فمن المعلوم ان هذا الالتهاب يأخذ سيرا جيدا ولو ترك ونفسه بل ربما كان تركه بدون علاج أجود وأتم فعلى الطبيب ان لا يغتر بفعل معالجة قوية مادامت العلامات الطبيعية لا يستدل منها الا على هذا المرض بانفراده فانه شوهد العدد العظيم من شفاء هذا المرض في الاحوال التي جمعها المعلم (بمبرجر) عند فعل معالجة بسيطة جدا او غير قوية فلا يستعمل كل من ارسال العلق والتبريد ونحو ذلك الا عند وجود الدلالات العلاجية السابق ذكرها ولاجل مساعدة الامتصاص قد مدح المعلم المذكور استعمال الحرارة الرطبة ولاسيما الحراريق الطيارة

وأما استعمال البزل فلا يفعل الا في الاحوال التي فيها مكابدات المريض القوية ولاسيما عسر التنفس تستدعى ذلك فتلجئ لاجراء ماذكر ونجاح هذه العملية مجرد تسكين غير ان هذا الامر جيد جدا بالنسبة للمريض الذي لم يذق طعم النوم من منذ زمن طويل فبعد فعل العملية ينام حالا فيستريح في فراشه لوقته ولا يمكن قطع الحكم بالتجارب المعلومة الى وقتنا هذا ان كانت هذه العملية في بعض الاحوال ذات نجاح تام أم لا واجراؤها يذكر في كتب الجراحة

(المبحث الثاني)

(في التصاق التامور بالقلب)

(الصفات التشريحية)

التصاق التامور بالقلب انتهاء من انتهاآت التهاب هذا الغشاء بحيث يرجع في كيفية ظهور ذلك وأسبابه الى ماذكرناه في المبحث السابق والالتصاق يكون اماجزئيا أوعموميا وهذا الالتصاق يتم اما بواسطة التحام متين أو بواسطة أحبلة وأشرطة طويلة ومن المهم بالنسبة لشرح هذا المرض شرحا كاملا ذكر مامعرفة الصفة المختلفة من الغلاف القلبي فان ورقتي التامور الملتصقتين مع بعضهما تكونان أحيانا قليلة السمك جدا بحيث يظهر أن التامور مفقود وفي أحوال أخرى يكون التامور محفظة سميكة يابسة بل قد يظهر فيها بعض جزيئات عظمية ولا يندر أن يوجد في الحال التي فيها لم تكن ورقتا التامور ملتصقتين ببعضهما التصاقا كاملا اثر النضح الالتهابي التاموري كما أشرنا الى ذلك فيما تقدم

(الاعراض والسير)

أما الالتصاق البسيط للتامور مع القلب فيظهر انه لايعوق حركات هذا العضو عوقا عظيما فان هذا الغلاف لا يكون ملتصقا بجدار الصدر الا في امتداد قليل بواسطة منسوج خلوي هش فالاضطرابات الوظيفية التي تشاهد في هذا التغير مدة الحياة تتعلق بالاستحالة المرضية لجوهر القلب وبالآفات العضوية للصمامات المصاحبة لذلك كما تتعلق بتحصلات مرضية سابقة من التهاب القلب نفسه

وأما التصاق التامور بالقلب الذي يكون فيه هذا العضو محاطا بمادة غضروفية أو ليفية صلبة فينعكس فيه الامر جدا فان هذه الحالة تحدث تناقصا في فعل القلب وهذا التناقص يرتقي الى أعلى درجة فان النبض يصير صغيرا جدا ويكاد يكون غير منتظم على الدوام وتحصل بسرعة ظواهر كل من عسر النفس والسيانوزو والاستسقاء سيما وان جوهر القلب يكون ضامرا ومكابدا للاستحالة الشحمية وبالبحث الطبيعي يستدل على التغير المرضي الناتج عنه اضطراب كل من الدورة وتوزيع الدم

ثم انه قد عد ابتداء من العلامات الطبيعية لالتصاق القلب مع التامور عدم تغير أصمية القلب مدة الشهيق والزفير لكن سواء كان القلب ملتصقا بالتامور أولم يكن ملتصقا به لابد وان الرئة تتزحزح في أثناء الزفير العميق من

بين التامور وجدر الصدر كما انها بالعكس تندفع بينهما مدة الشهيق لعميق أيضاو يترتب على ذلك ان أهمية القلب تتناقص مدة الشهيق وتتزايد مدة الزفير فى احوال التصاق القلب بالتامور ومالم يكن السطح الظاهر من التامور ملتصقا بالبلورا الجدرانية وهناك عرض ثان يرتكن اليه وهو انه يشاهد عند التصاق التامور بالقلب فى الصفر الذى يحس فيه بضربات هذا العضو بدلا عن ارتفاع المسافة بين الاضلاع انخساف فيها وتوجيه هذه الظاهرة هو ان القلب فى أثناء انقباض البطينات يصير قصيرا فينشأ عن ذلك حينئذ مسافة فارغة فكان يترتب على ذلك انخساف المسافة بين الاضلاع حتى تملأ هذا الفراغ لولا ان هذه المسافة الفارغة لم تملأ بسقوط القلب نفسه فان كان التامور ملتصقا بالقلب والجدر الصدرية معا فالقلب لا يمكنه السقوط الى أسفل فيترتب على ذلك انخساف المسافة بين الاضلاع (وقد شبه المعلم جوهرد القلب الطبيعى بالنسبة لحركته بانسان ساقط من شجرة جاذب أطرافه السفلى اليه حال السقوط وأما القلب الملتصق بالتامور فشبهه بانسان يبقى معلقا فى الشجرة مع جذبه لاطرافه اليه) وتزيد أهمية هذا العرض متى شوهد ارتفاع فى المسافة الضلعية المذكورة فى أثناء استرخاء البطينات وذلك يحصل بكونه بعد انتهاء الجذب المستولى للقلب يستطيل هذا العضو ثانيا فترجع قمته الى محلها الطبيعى ومع ذلك فقد يفقد هذا العرض فى كثير من أحوال التصاق التامور بالقلب فان حافة الرئة يمكنها ملء المسافة الفارغة الحاصلة من قصر القلب مدة انقباضه وبالعكس مالم يكن التامور ملتصقا بالبلورا فى آن واحد وان كان التامور مثبتا بالعمود الفقرى وملتصقا به شوهد فى أثناء الانقباض البطينى انخساف فى النصف السفلى من القص وينضم لذلك تبع المشاهدات المعلم (فريدرايش) ظاهرة واصفة فى أوردة العنق وهو انه يشاهد هبوط الاوردة المذكورة فى الزمن الذى فيه جدر الصدر التى كانت منخسفة فى اثناء الستول ترجع بسرعة عند حلول الدياستول غير ان هذه الظاهرة فى الاحوال التى شاهدها المعلم (فريدرايش) لم تستمر الامدة زمن يسير وتزول عندما يصير فعل القلب هو كل من الانخساف المستولى لجدر الصدر ورجوعها السريع الدياستولى ضعيفا أيضا وحينئذ يمكن الحكم

بالبحث الطبيعي على التصاق التامور بالقلب في بعض الاحوال لكن في معظم الاحوال يسوغ الارتكان الى قول المعلم (اسكودا) الذي نص عليه في الطبع الاول من كتابه وهو أن كلا من القرع والتسمع ليس له ظواهر يستدل بها على التصاق القلب بالتامور ولا يمكن التكلم على معالجة التصاق القلب بالتامور قطعا

(المبحث الثالث)

(في الاستسقاء التاموري)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاستسقاء التاموري عبارة عن ازدياد في الافراز الطبيعي القليل الزلالية لغلاف التامور المعروف بالسائل التاموري وقد ذكرنا ان ضمور القلب وصغر حجمه ينشأ عنهما ازدياد في هذا الافراز بسبب تناقص الضغط المعرض له ذلك السطح الباطن للتامور وعين ذلك يحصل متى تناقص حجم الرئتين الملتصقتين بالتامور بأن حصل ضمور فيهما أو بقيتا صغيرتين في الحجم بعد امتصاص الانسكاب البلوراوي أو حصل انكماش في جوهرهما عقب التهابهما المزمن وحصول هذا الشكل من الاستسقاء التاموري يطابق ازدياد السائل الدماغي الشوكي عند ضمور جوهر الدماغ فيمكن تسميته حينئذ بالاستسقاء التاموري الناشئ عن الفراغ كما يسمى كذلك الاستسقاء الدماغي

وهنالك شكل آخر من الاستسقاء التاموري وهو الذي يحصل من عوق استفراغ الاوردة القلبية في تجويف القلب الايمن اذ انه يترتب على ذلك ازدياد في الضغط الواقع من الدم على جدر الاوردة التامورية فيحصل استسقاء في التامور كما تحصل ارتشاحات استسقائية في تجاويف أغشية مصلية أخرى وفي المنسوج الخلوي تحت الجلد ومن هذا القبيل الاستسقاآت التامورية التي تحصل عند وجود آفات عضوية في الصمامات القلبية وفي الانفزيما الرئوية ويبس الرئتين وغيرها من الامراض التي فيها يمتلئ القلب امتلاء عظيما ويحصل عوق في استفراغ دم الاوردة الاكليلية والاوردة التامورية وفي جميع هذه الاحوال يمكن أن يظهر الاستسقاء التاموري قبل

غيره من الاستسقاآت الاخرى

وينعكس الامر فى الشكل الثالث من الاستسقاء التامورى فان هذا الاستسقاء هنا يعتبر نتيجة لسوء القنية المائى كغيره من الاستسقاآت فى تجاويف أخرى فانه ان ظهرت استسقاآت ناشئة عن أمراض فيها يصير الدم قليل الزلالية وله ميل عظيم للارتشاح كان حصول الاستسقاء فى التامور متاخرا جدا

(الصفات التشريحية)

تبعا لما ذكرناه فيما تقدم لا ينبغى ان يطلق لفظ الاستسقاء التامورى الا على تجمع سائل صاف قليل الزلالية فى الغلاف القلبى فان احتوى السائل على كثير من المواد الليفية عد هذا من الانسكابات الالتهابية وقد يكون هذا السائل مختلطا بقليل من المواد الدموية وفى هذه الاحوال المصحوبة بسوء قنية واضحة تكون تغذية جدر الاوعية التامورية اعتراها تغير بحيث يحصل فيها تمزق كحصول أنزفة قابسلة فى الجلد بكثرة (المعروف بالنمش) فى أحوال الاستسقاء الحمى يشابه ما يحصل فى التامور فى هذه الحالة الاخيرة

وتختلف كمية السائل المنسكب فى الغلاف القلبى فان تجمع اوقيتين أو ثلاثة من السائل فى هذا التجويف لا يعتبر مرضيا وكثيرا ما تبلغ كمية السائل المتجمع فى التامور خصوصا فى أحوال الاستسقاء اللحمى اربع اواق أو ستة وقد تبلغ فى أحوال أخرى خصوصا الناشئة عن عوق فى الدورة جملة ارطال وعندما يكون الارتشاح عظيما يظهر التامور ذا لون أبيض كابى فاقدا اللمعان و يفقد الشحم الكائن على القلب وقد يكون المنسوج الخلوى الكائن فوقه أوذيماويا

والارتشاحات الاستسقائية للتامور الغزيرة جدا تمدد هذا الغلاف وتضغط على الرئتين وتمدد تجويف الصدر كالانسكابات البليوراوية

(الاعراض والسير)

يقال فى استسقاء التامور ما ذكرناه فى الاستسقاء الصدرى والاستسقاء التامورى وان كان يعتبر سابقا عند قدماء الاطباء وعند العوام الآن مرضا مخيفا جدا لا يصح فى الحقيقة عده مرضا قائما بذاته فان التجمع العظيم من

المصل فى التامور ليس فقط مرضا ثانويا فى جميع الاحوال بل ان الاعراض الخطرة للاستسقاء التاموري تتعلق بالمرض الاصلي لا بانسكاب السائل وتجمعه فى الغلاف القلبي وتشخيص هذا المرض قبل ايجاد البحث الطبيعي وتحقيقه بالصفات التشريحية فانه مبنى على ان الاعراض التى كان يرتكن اليها فى تشخيصه تختص بامراض تحدث ارتشاحا فى التامور كما تحدث ظواهر استسقائية فى أعضاء أخرى وهى على الخصوص الانفيزيما الرئوية والآفات العضوية للصمامات القلبية

وبالارتشاحات المصلية العظيمة فى التامور التى تضغط على الرئة يزداد ولابد عسر النفس الناشئ عن المرض الاصلي فان الارتشاح يزيد غالبا فى كون المرضى لا يمكنها النوم فى الفراش بدون أن يحصل لها الاحساس بالاختناق فتجبر على أن تمضى ليلها ونهارها جالسة فى الفراش مع الميل الى الامام أو جالسة على كرسي

وبالجملة فبالضغط الواقع من السائل على القلب والاوعية الغليظة يحصل عوق استفراغ أوردة الدورة العظمى بحيث ان الاوردة الودجية تنتفخ انتفاخا عظيما ويزداد كل من السيانوزو الارتشاحات الاستسقائية لكن بهما كثر وجود الاعراض المذكورة عند المرضى الذين اعتراهم الاستسقاء التاموري لا يحصل تشخيص الاستسقاء التاموري مع التأكيد ولو فى الاحوال التى فيها لا يفقد عرض من الاعراض المذكورة ما لم يستدل على ذلك بالبحث الطبيعي استدلالا قويا فان جميع الاعراض المذكورة توجد بدون ازدياد فى السائل التاموري

والبحث الطبيعي يستدل منه (ولو بندرة عما فى الانسكابات البلوراوية الالتهابية) على تحدب فى قسم القلب وانمحاء فى المسافات بين الاضلاع وضعف عظيم فى ضربات القلب التى كثيرا ما لا يحس بها بالكلية خصوصا عند استلقاء المريض على ظهره وعندما يكون الارتشاح عظيما تكون أصمية القلب متزايدة بشرط ان الحوافى المقدمة للرئتين يعكمها الانكماش وتظهر هذه الاصمية بالنسبة لشكلها واختلافها على حسب استلقاء المريض او جلوسه جميع الاوصاف التى بيناها فى الانسكابات التامورية ويكثر هنا عدم

انكماش حافة الرئتين زيادة عما يشاهد فى الالتهابات التامورية بسبب وجود الانفزيما الرئوية أو التصاق البليورا الحشوية بالبليورا الجدرانية وحينئذ تكون أصمية القلب غير متزايدة ولومع وجود ارتشاح عظيم جدا وعند التسمع يحس بالغاط قلبية نقية لكن ضعيفة للغاية فلا تسمع الغاط احتكاكية مطلقا مالم توجد مضاعفات بآفات عضوية فى صمامات القلب

(المعالجة)*

يقال فى معالجة الاستسقاء التامورى جميع ماذكرناه فى معالجة الاستسقاء الصدرى فالمعالجة العقلية الوحيدة هى معالجة المرض الاصلى ويندر أن يمكننا تقليل حجم كمية السائل المتجمع فى التامور بواسطة المدرات للبول والمسهلات الشديدة

(المبحث الرابع)

(فى التجمع الغازى للتامور)

قد ينفذ الهواء فى غلاف القلب عقب الجروح الصدرية النافذة وفى أحوال أخرى قد ينفذ فى الاعضاء المجاورة المشتملة على هواء عقب تهتك جدر هذا الغلاف وانثقابه بتغيرات مفسدة له وذلك مثل ما حصل فى الحالة التى شاهدتها وشرحها الطبيب (تيتل) أحد المساعدين لى فى جرنال الاكلينك الالمانى فان التجمع الغازى للتامور كان ناشئا فى تلك الحالة عن انفجار سرطان المرىء فى التامور عقب التصاقه به وقد شاهد كثير من الاطباء هذا المرض عقب تنقب القروح المعدية البسيطة والسرطانية وعقب انفجار كهوف رئوية سطحية فى تجويف التامور وبالجملة يظهر أن بعض الانسكابات الالتهابية التامورية الآيلة للفساد يتولد منها تصاعدات غازية فى باطن هذا الغلاف وعند فعل الصفات التشريحية يوجد الغلاف القلبى فى الغالب ممددا تمددا عظيما بعضه ناشئ من الهواء وبعضه من سائل قيحى أوصديدى وهذا الاخير يكون متحصل التهاب تامورى حديث ناشئ عن دخول الهواء أو الصديد السرطانى أو بعض جزيئات من الجوهر الرئوى المنفسدة فى غلاف القلب أو عن التهاب تامورى مزمن فيما اذا كان

التجمع الغازى للتامور متكونا من غازات من تحلل النضح التامورى وعند
بزل التامور المتوتر يخرج منه الهواء بلغط صفيرى عادة
ثم ان التجمع الغازى التامورى الذى هو نادر الحصول بالنسبة للتجمع
الغازى الصدرى يسهل معرفته على الدوام فان الاعراض المحسوسة
للمريض الناشئة عن انثقاب التامور ودخول الهواء أو جزيئات بعض
المنسوجات فيه وان كانت ليست كثيرة الوضوح وكانت تلك التغيرات
مصحوبة على الدوام بانحطاط عظيم فى قوى المرضى بحيث لا تشتكى عند
السؤال منها ولا تعطى الأجوبة غير مفيدة تكون بعكس ذلك الاعراض
المدركة للطبيب كثيرة الوضوح جدا فيسمع غالبا ولو من بعد قليل عن المريض
لغط شبيه باللغط الذى يحصل من تموج جسم صاب فى الماء (المعبر عنه فى لغة
العوام بالطرطشة) وهذا اللغط يظهر ويختفى فى أزمنة قصيرة دورية منتظمة
ولا يبدأ انه ناشئ عن كون السائل المحصر فى التامور مع الهواء يتموج بحركات
القلب وعند البحث بالنظر يرى قسم القلب مرتفعا ارتفاعا واضحا والمسافات
بين الاضلاع منمحية مادامت جدر الصدر مرنة وضربات القلب تكون غير
واضحة او مفقودة بالكلية وعند القرع تفقد أصمية القلب فيكون صوت
القرع فى قسم القلب ممتلئا رنانا طبليا أو يكون هذا القسم ذا رنانة معدنية
وعند التسمع يحس بلغط تموج السائل السابق ذكره ويوجد مع ذلك الغاط
قلبية ضعيفة أو ألغاط احتكاكية مع رنانة معدنية
ثم ان جميع أحوال هذا المرض ينتهى بالموت بسرعة ماعدا الاحوال التى
تكون ناشئة عن جروح نافذة ويتضح هذا السير الخبيث بسهولة مدة
الانحطاط العظيم للمرضى والالتهاب التامورى المصاحب للتجمع الغازى
فى هذا الغلاف وأما التجمع الغازى الجرحى فكثيرا ما شوهد شفاؤه
والمعالجة هنا لا تكون الاعرضية فانه فى غالب الاحوال يقتصر على
استعمال المنبهات المنعشة

(المبحث الخامس)

(فى درن التامور)

درن جوهر التامور لا يشاهد الا فى أحوال الدرن الدخنى الحاد والتعقدات

الماعة السنجابية لا يعتريها تغيرات أخرى فان المريض يهلك قبل أن ينضج
درن التامور بأدنى ظاهرة مرضية
وأكثر من ذلك مشاهدة تكون الدرن فى الاغشية الكاذبة الحديثة التى
تظهر على التامور فى أثناء سير التهابه المزمن (وهذا ما يسمى بالالتهاب
التامورى الدرنى) وفى مثل هذه الاحوال يوجد غالبا فى التجويف القلبى
انسكاب دموى ويكون التامور موشحا بتحببات درنية شفافة فى الابتداء ثم
مصفرة جبنية لكن يندر أن تستحيل الى صديد درنى حقيقى واعراض هذا
الشكل من درن التامور لا يمكن تمييزها عن اعراض التهاب التامور
المزمن

(المبحث السادس)

(فى سرطان التامور)

يكاد يكون سرطان التامور امتدادا من سرطان القص او الحجاب المنصف
المقدم وأحيانا يمتد اليه مع الانتشار بحيث يستحيل معظم التامور الى مادة
سرطانية وأحيانا يكون مكونا لعقد سرطانية مستديرة أو مفرطحة ويندر
حصول هذا السرطان حصولا ذاتيا عقب استئصال سرطان ظاهرى
وحينئذ يكاد يوجد على الدوام مع ذلك عقد سرطانية فى اعضاء وأغشية
مصلية أخرى وبتكون السرطان فى التامور لا بد وأن يزداد تجمع السائل
التامورى فيه ويكون هذا السائل محتويا على المواد الليفية التى تنعقد فيما
بعد كالسائل المتكون فى أحوال سرطان البريتون أو البلورا وفى النادر
يمكن الحكم بالتقريب على تكون سرطان فى التامور وتشخيصه بواسطة
العلامات الدالة على تزايد الارتشاح التامورى شيأ فشيأ عقب استئصال
سرطان من الصدر

(الفصل الثالث)

(فى أمراض الاوعية الغليظة)

(المبحث الاول)

فى التهاب طبقات الاورطى)*

(كيفية الظهور والاسباب)

من الجسد شرح كل من التهاب الطبقة الغمدية والوسطى والباطنة على انفراده فان حصول الالتهابات الحادة للطبقة الغمدية من الاورطى نادر وان حصلت تكاد تكون على الدوام امتدادا من التهاب وتقرح الاعضاء المجاورة كالغدد الليمفاوية والمرىء والقصبة الهوائية وأكثر من ذلك حصولا الالتهابات المزمنة لهذه الطبقة الغمدية غير أن حصولها حصولا ذاتيا نادر وتكاد تصاحب هذه الالتهابات المزمنة التهاب التامور فتصيب منشأ الاورطى اوأنها تصاحب التهاب الغشاء الباطن من القلب وحينئذ تمتد امتدادا عظيما وأما التهاب الطبقة الوسطى فكثيرا مايشترك مع التهاب الطبقة الغمدية وتصاب هذه الطبقة أيضا عند وجود التهاب مزمن فى الطبقة الباطنة من الشريان لكن يندر اصابتها بحالة التهابية بل الغالب أن تكون محلسا لمجرد ضمور واستحالة شحمية

وأما الالتهاب المزمن للطبقة الباطنة لهذا الشريان فانه يعتبر مرضا من الامراض الكثيرة الحصول جدا تبعا للمعلم (ورحوف) واعتبار الثخانة الهلامية والنصف غضروفية للطبقة الباطنة من هذا الشريان اللتين سنتكلم عليهما فى المبحث الثانى وينتج عن كل منهما اثروما الجدر الشريانية وتعظمها من جملة الالتهابات الجوهرية مبنى على كونه يوجد فى الاستحالات المذكورة تغيرات غذائية قوية واضحة مع نموّ فى العناصر الطبيعية وكونه يثبت فى كثير من الاحوال ان هذه التغيرات الغذائية تنتج عن تهيجات لاواسطية أثرت فى جدر الشرايين وذلك كالتمدد والتوتر الغير الطبيعيين لها راجع كيفية ظهور التهاب الغشاء الباطن للقلب واسبابه وفى أحوال أخرى وان كان لا يمكن اثبات تأثير المهيجات اللاواسطية على جدر الشرايين لكن حيث ان التغيرات التشريحية هى كالسابقة جاز القول بأن المهيجات الموجودة المؤثرة على الشرايين كانت خفية علينا

والالتهاب الشريانى المشوه الذى هو الالتهاب المزمن من الطبقة الباطنة الشريانية كما سماه المعلم (ورحوف) يشاهد بكثرة جدا عند الاشخاص المتقدمين فى السن واكثر وجوده فى المحال المعرضة للجذب والتمدد بكثرة كالجزء الصاعد من الاورطى وقوسه ومحل منشأ الفروع الشريانية منه

وماعدا ذلك فكثيرا مايشاهد هذا المرض عند الاشخاص الذين اعتراهم الروماتزم والنقرس والداء الزهرى وكذا عند المدمنين على الخمر ولا يجوز لنا القول بأنه فى مثل هذه الاحوال المصحوبة بسوء قنية روماتزمية أو زهرية أو نقرسية بان سوء القنية الغير الطبيعى هو الذى احدث المرض بطريقة لاواسطية وانه يوجد فيها مهيج يدور فى الدورة ويحدث تهيجا التهابيا فى الطبقة الباطنة من الشرايين وبالجملة يصاحب الالتهاب الشريانى الباطن ضخامة القلب ولو عند الشبان الغير المعتريهم مرض سوء القنية ويظهر انه يصيب على الخصوص أجزاء الشرايين المتمددة وهذه الاحوال تدل دلالة واضحة على ارتباط هذا التغير المرضى بالمهيجات التى تصيب جدر الشرايين

(الصفات التشريحية)

من النادر مشاهدة تجمعات قيحية أو صديدية فى جوهر الطبقة الغمدية الشريانية والذى تكثر مشاهدته هو بقايا الالتهابات المزمنة على هيئة تكاثف نزلى فتكون الطبقة الخلوية الشريانية محلا للثخانة ندبية وقطر الشريان يكون اذ ذاك متضايقا فى الابتداء ثم يتسع فيما بعد

وأما التهاب الطبقة الوسطى فانه يبتدئ باحمرار لطخى محلسه أسفل الطبقة الباطنة وعن قريب تصير الاجزاء الملتهبة مبيضة أو مصفرة بسرعة ثم ترتفع على السطح الباطن للشريان وتكون مشابهة لبثور صغيرة ويوجد فى الابتداء نضوحات التهابية صغيرة تلين فيما بعد فتتكون كرات صديدية وحينئذ يمكن أن تظهر خراجات حقيقية صغيرة فى جدر الشريان

وأما الالتهاب المزمن للطبقة الباطنة من الشريان فانه يبتدئ برخاوة وارتشاح فيها وباختلاف درجة هذا الارتشاح يتنوع هذا المرض الى شكلين كثيرا ما اعتبرا درجتين مختلفتين له ففى الشكل الاول وهو الثخانة الهلامية للطبقة الباطنة من الشرايين يظهر على سطحها الباطن طبقة هلامية رخوة حمراء باهتة تارة محدودة وتارة ممتدة وهذه الطبقة يسهل نزعها على هيئة مادة هلامية وهى تشتمل على جوهر خلالى لين شبيه بالمواد المخاطية منحصر فيه الياف مرنة دقيقة وتراكمات من أخلية مستديرة

أو مغزلية وتكون هذه الطبقة ملتصقة بالغشاء الباطن من الشريان ومغطاة بطبقته الشرية

وأما الشكل الثاني وهو الثخانة النصف غضروفية ففيه توجد على السطح الباطن من الشريان صفيحات لماعة زرقاء مبيضة شبيهة بالمواد الزلالية المنعقدة وجوهر الطبقة الباطنة وان كان هنا لينا ومرتشحا أيضا الا أنه يكون حافظا لتماسكه وتيبس عظمين زيادة عما في الشكل السابق ويكتسب فيما بعد قواما غضروفيا وبالبحث بالمكروسكوب تظهر في هذه الاجزاء الثخينة النصف غضروفية أخلية عديدة مغزلية أو شبكية ولاسيما حزم عريضة من منسوج خلوى وهذه الحزم عبارة عن امتدادلا واسطى لصفائح الطبقة الباطنة

ثم ان التغيرات التابعية التى تعترى الضخامة الالتهابية من الطبقة الباطنة تكون اما عبارة عن استحالة شحمية او استحالة كلسية أو عظمية

أما الاستحالة الشحمية فانها تبتدئ في أحوال الثخانة الهلاصية في الطبقات السطحية غالبا وتنشأ من الاخلية السابق ذكرها بخلاف جوهرها الضامر فانه يتلاشى فيصير السطح الظاهر من الشريان خشنا زغبيا وقد سمى المعلم (ورجوف) هذا التغير بالتلاشى الشحمى وأما الاستحالة الشحمية التى تعترى الثخانة النصف غضروفية فانها تبتدئ في الطبقات الغائرة وهنا أيضا تتراكم نقط شحمية عديدة حول نويات اخلية الجوهر الخلوى بحيث ان هذه الاخلية تستحيل الى خلايا شحمية ذات شكل نجمى ثم يتلاشى الغشاء الخلوى لهذه الخلايا فتصير التحببات الشحمية سائبة وتتلاشى أيضا الحزم الخلوية وحينئذ تنشأ عجينة شحمية ذات لون أصفر عدسى وهذه العجينة تشتمل على كرات دهنية وبلورات عديدة كولستارينية وبقايا الاشرطة الخلوية المتلاشية وهذا ما يسمى بالاثروم حقيقة ومادامت هذه العجينة الشحمية مغطاة بطبقة رقيقة من الغشاء الباطن للشريان ومنعزلة عن تيار الدم سمى ذلك بالبثور الاثيروماوية ثم متى تلاشت هذه الطبقة الخفيفة وصارت هذه العجينة معرضة لتيار الدم تلاشى بعض اجزائها وحصل فقد جوهر ذى حواف مشرزمة فينشأ ما يسمى بالتقرح الاثيروماتوزى فتسمية

الاثيروم التلاشى الشحمى كنسبة خراج لقرحة
وأما الاستحالة الكلسية فهى عبارة عن تراكم املاح كلسية فى الطبقات الغائرة من الثخن النصف غضروفى وقد يوجد فى الصفيحات العظمية الناشئة عن ذلك كرات ذات أدوار شبيهة بالجسيمات العظمية وهى بقايا أخلية المنسوج الحلوى بحيث يجوز تسمية ذلك بالتعظم لا بالتكلس والشرايين الصغيرة تستحيل بتراكم المواد الكلسية فيها الى قنوات هشة الجدر وأما الاورطى ففيه تظهر الاستحالة العظمية على هيئة قشور متفاوتة العدد والعظم او على هيئة صفيحات مكونة لانبعاجات سطحية على السطح الباطن من هذا الشريان ومغطاة بطبقة رقيقة من غشائه الباطن فتكون منعزلة عن تيار الدم ثم يتقدم التعظم فيما بعد حتى يصل الى سطحه الظاهر فتتعرى الصفيحات العظمية وتنفصل أحيانا بتيار الدم وقد تتكون بروزات تتراكم عليها مواد ليفية من الدم
والطبقة الوسطى من الشريان تكون قليلة التغير فى ابتداء هذا المرض وعند تقدم الاستحالة الجبنية الدهنية للشريان تصير هذه الطبقة متغيرة اللون مسترخية متشققة ويتراكم حول صفيحاتها كثير من الشحم وعند تعظم الطبقة الباطنة من الشريان تكون الطبقة الوسطى الكائنة أسفل منها مسترقة فى الغالب وضامرة والطبقة الغمدية تكون كذلك غير متغيرة فى ابتداء هذا التغير المرضى ثم تنتفخ فيما بعد وتصير ثخينة ندبية
وفى أحوال كثيرة يوجد فى الاورطى التغيرات التى شرحناها بدرجاتها المختلفة مع بعضها فتوجد الثخانة الهلامية والنصف غضروفية فى بعض المحال وفى غيره توجد البثور الاثيروماتوزية والتقرح الاثيروماتوزى وفى محال أخرى توجد الاستحالة الكلسية على هيئة انبعاجات مغطاة بطبقة رقيقة من الغشاء الباطن للشريان وفى غيرها توجد الاستحالة العظمية على هيئة صفيحات بارزة فى تجويف الشريان

(الاعراض والسير)

الالتهاب الحاد للطبقة الغمدية من الاورطى وتقرحها لا يمكن وصفه وشرحه شرحا كافيا فان الاحوال النادرة التى شوهد فيها هذا

التغير كادت تكون مضاعفة على الدوام بتغيرات مرضية ثقيلة أخرى وهذا يقال بالنسبة لاعراض الالتهاب المزمن من الطبقة الغمدية والخراجات التى قد تشاهد فى الطبقة الوسطى من هذا الشريان

وكذا الالتهاب المزمن للطبقة الباطنة منه وانتهاآته المسماة عادة بالاثيروم فان اعراضه قليلة جدا مادامت لم تؤد لحصول ورم اينوريزماوى فى الاورطى أو تمزقه او انسداد بعض الفروع الشريانية الرقيقة عقب دفع جلط دموية منعقدة فيها وأما اينوريزما الاورطى وتمزقه فسنتكلم عليهما فى المبحث الثانى والثالث وأما نتائج السدد فسنتعرض لها فى محلات مختلفة

ثم ان فقد الاورطى مرونته عند تقدم الاستحالات التى تعترى جدره واشتركت التفرعات الشريانية الاخرى فى ذلك ازدادت مجهودات القلب فينشأ عن ذلك ضخامة فيه وان امتد الالتهاب المزمن من جدر الابهر الى صماماته أمكن ان ينشأ عن ذلك عدم كفاية غلق أو تضايق فيها وقد لا تحصل ضخامة فى القلب وذلك اما لكون التغذية العامة للجسم مضطربة اضطرابا عظيما أو لكون التغذية الموجودة لا تكفى فى معادلة العائق الدورى الناشئ عن استحالة جدر الاورطى وتفرعاته أو لكون الضخامة الحقيقية المعادلة للقلب ينشأ عنها ضخامة غير حقيقية فيما بعد عقب استحالة جوهره الى حالة مرضية

ثم ان الامر المهم الذى يرتكن اليه فى تشخيص الالتهاب المزمن للغشاء الباطن من الاورطى هو اثبات ذلك فى الشرايين الدائرية من الجسم اذ بذلك يحكم على ان الاصابة المرضية موجودة أيضا فى الاورطى ومتقدمة فيه زيادة عما فى التفرعات الشريانية والنبض عند المرضى يكون صلبا ممتلئا بسبب يبوسة جدر الشرايين وتمددها وتكون الشرايين المستطيلة ذات سير متعرج ومحلات انثنائها تصير أكثر وضوحا عند دفع كل موجة دموية والنبض يكون كثير الوضوح ويحس بالشرايين كأنها أحبلة يابسة محدودبة ولو لم تمدد بالموجة الدموية

وكل من القرع والسمع لا يستدل منه على شئ بالنسبة لتشخيص هذا المرض ما لم يحصل تمدد اينوريزماوى فى الاورطى وينذر استماع الغاط

مرضية بدون تغيرات فى الفوهات الصمامية عقب وجود خشونة على السطح الباطن من الاورطى أو يكون تبعا للمعلم (بمبرجر) اللغط الاول من الاورطى أصم وغير واضح غالبا أو مفقودا وأما اللغط الثانى من هذا الشريان فانه يكون غالبا معدنيا سيما متى كانت جدر الاورطى موشحة بصفيحات عظمية ولو كانت الصمامات دقيقة مرنة وقادرة على الغلق

(المبحث الثانى)

(فى اينوريزما الاورطى)

الورم الاينوريزماوى للاورطى الناشئ عن جروح هذا الشريان شرحه يخص علم الجراحة ولا يشاهد فى هذا الشريان الا الورم الاينوريزماوى الذاتى أعنى التمدد الجزئى للاورطى الناشئ عن استحالة مرضية فى جدر هذا الشريان وأما التمدد المستوى لجميع قناة هذا الشريان الذى يؤدى لحصول ضخامة القلب ويوجد أعلى من محل تضايقه فلا يعد من جملة الاينوريزما

(كيفية الظهور والاسباب)

الاستحالات المرضية لجدر الاورطى التى تؤدى لحصول ورم اينوريزماوى فيه غالبا منها انتهاآت الالتهاب الباطن للشريان الذى سبق شرحه فى المبحث الاول ولاسيما الاثيروما ومنها حصول الاينوريزما بكثرة فى هذا الشريان عقب استحالة شحمية بسيطة فى الطبقة الباطنة والوسطى منه وهى اصابة مرضية لم نذكرها فى المبحث الاول لانها ليس لها ارتباط بالتغيرات الالتهابية التى بيناها هنالك فانه فى أحوال الاستحالة الشحمية البسيطة لاتسبق التغيرات التابعية بثخن ولا ضخامة فى الطبقة الباطنة من الشريان بل انا نشاهد من الابتداء محلات لماعة مبيضة أو مبيضة مصفرة مكتسبة لاشكال مختلفة وبارزة قليلا على السطح الباطن من هذا الوعاء وهى ناشئة عن تراكم جزيئات شحمية فى جوهر أغشية الشريان الاورطى ومنها ان الضمور البسيط ورقة جدر هذا الشريان كما يشاهد ذلك بكثرة عند التقدم فى السن يؤدى الى حصول الاينوريزما فيه وأما حصول التمدد الاينوريزماوى فى هذا الشريان عقب شلل الاعصاب الوعائية المحركة

(بالذى قال به روكتنسكى) فهو أمر مشكوك فيه سيما وان هذا الشريان قليل الالياف المرنة بالكلية

ثم انه بالاستحالات السابق ذكرها سيما الاستحالات التى تعترى الطبقة الوسطى يفقد هذا الشريان مرونته تارة فى اصقار محدودة وتارة فى امتداد عظيم وتتمدد شيأ فشيأ بضغط العمود الدموى عليها ويظهر ان الياف الطبقة الحلقية من الشريان تتباعد عن بعضها تباعدا فجائيا أحيانا بازدياد ضغط الدم ضغطا عظيما وحينئذ يحصل تمدد سريع فى الطبقة الباطنية والغمدية وكثير من المرضى المعتريهم اينوريزما الاورطى يزعمون معرفة الوقت الذى ابتدأ فيه هذا المرض عندهم ويقولون ان سببه كان من فعل مجهود عضلى شاق أو حمل ثقل عظيم وقد ذكرنا فيما تقدم ان الانقباض العام لعضلات الجسم تزيد فى الضغط الباطن للعمود الدموى سيما وان عددا عظيما من الاوعية الشعرية يعتريه عن العضلات ويظهر كذلك انه قد يحصل تفرق اتصال من هذا القبيل فى الطبقة المتوسطة لجدر الشريان عقب ارتجاج الجسم ارتجاجا عظيما أقله ان كثيرا من المرضى من ينسب ابتداء مرضه لسقطة عظيمة من محل مرتفع وعندما تكون جدر هذا الشريان سليمة لا تحدث المؤثرات المضرة المذكورة ورما اينوريزماويا فى الاورطى ولذا لا تعرف أسباب هذا المرض معرفة تامة فى كثير من الاحوال

ثم انه يندر وجود اينوريزما الاورطى عند الشبان بل الغالب انه يصيب الاشخاص المتقدمين فى السن الذين يكون عندهم الالتهاب المزمن لجدر هذا الشريان ظاهرة كثيرة الحصول جدا وتصاب به الرجال أكثر من النساء لكن حيث ان اغلب احوال اينوريزما الاورطى تشاهد عند الرجال المشتغلين باشغال جسمية قوية فيظهر أن الاختلاف النوعى بالنسبة للاصابة به متعلق باختلاف الاشغال فى النساء والرجال

(الصفات التشريحية)

تقسيم الاينوريزما المعلم (اسكربا) مبنى على عدد الطبقات التى توجد فى جدر الورم الاينوريزماوى فالورم المذكور الذى تكون جدره متكونة من الطبقات الثلاثة يسمى بالاينوريزما الصادق واما الاينوريزما

المتكونة جدره من الطبقة الغمدية بانفرادها فيسمى بالاينوريزما الكاذب
أو الغمدي وأما الاينوريزما المتكونة جدره من الطبقة الباطنة للشريان
بعد خروجها من بين الياف الطبقة الوسطى سواء كان تكوينها الجدره على
انفرادها أو مع الطبقة الغمدية فيسمى حينئذ بالاينوريزما الباطني او
الفتقي وقد ترك هذا التقسيم ووجد غير صواب فان الاورام الاينوريزماوية
كثيرا ما تكون في ابتداء تكوينها صادقة ثم فيما بعد عند تمددها تمددا اعظما
تصير كاذبة اى غمدية بل كثيرا ما يكون الورم الاينوريزماوى نصفه صادق
ونصفه الآخر كاذب

والاجود تقسيم الاينوريزما على حسب شكله فينقسم الى اينوريزما منتشر
والى اينوريزما محدود

فالاينوريزما المنتشر يكون التمدد فيه مصيبا لامتداد عظيم من الشريان
في جميع اقطاره وان كان هذا التمدد منتهيا دفعة سمى الاينوريزما
بالاسطواني وان كان انتهاؤه تدريجيا سمى بالمغزلي والاينوريزما
المنتشر يكون على الدوام صادقا بالنسبة لاعتبار اسكربا وتقسيمه وهو
يوجد غالبا في الجزء الابتدائي من الاورطى وقوسه وكثيرا ما يوجد هذا
الشكل من الاينوريزما مع الشكل المحدود في آن واحد بمعنى انه يوجد
في الشريان المتمدد تمددا منتشرا اجزاء متمددة تمددا محدودا على هيئة جيب
وأما الاينوريزما المحدود فهو عبارة عن تمدد قاصر على جزء محدود من
الشريان وقد يتمدد الشريان أحيانا في جميع اتجاهاته فيكون الاينوريزما
مكونا لورم عام بجميع اقطار الشريان وسمكه لكن الغالب أن يكون التمدد
قاصرا على بعض جدره فالاينوريزما الذي جدره ترتفع بزاوية امام الجدر
الطبيعية من الشريان يكون ورما جانبيا فيه شبه جيب وقد يتكون على
الجيب الاينوريزماوى الابتدائي تمددات ثانوية على شكل بروزات
متفاوتة العظم وفي الابتداء يكون هذا الورم الاينوريزماوى متكونا من
جميع طبقات الشريان فيكون حينئذ اينوريزما صادقا على حسب اعتبار
اسكربا وتقسيمه لكن في الاورام الاينوريزماوية الجيبية لا يمكن اتباع
الطبقة الباطنة من الشريان الا في امتداد قليل من باطن الاينوريزما

وفي أعلى اصفرار هذا الورم تفقد الطبقة الوسطى أيضا بالكلية ومع ذلك يوجد بعض آثار من الطبقة الباطنة في اصفرار متباعدة عن بعضها وهذا النوع مخصوص من الاينوريزما الجيبي وهو الاينوريزما ذو العنيق وفي مثل هذه الاحوال يكون التمدد جزأ قليلا من جدر الشريان ومتى صار التمدد عظيما انعطف جدار الورم الاينوريزماوي على القناة الشريانية فيتكون في محل الانعطاف ثنية داخلة ترى بالنظر اليها من جهة الباطن كحاجز وأما عند النظر اليها من الظاهر فانها تظهر على شكل ميزاب في مبدا الورم وفي هذا الجيب الاينوريزماوي لا توجد الطبقة الوسطى الا في امتداد قليل من هذا الورم فانه لا تجاوز عنقه وجدره فتتكون من الطبقة الباطنية والغمدية (وهذا ما يسمى بالاينوريزما المختلط الباطن وبالاينوريزما الفتقي)

وعندما يكون الورم الاينوريزماوي عظيما جدا تزول أخيرا جميع الطبقات بالضغط الواقع عليها فالاعضاء المجاورة الملتصق بها الورم الاينوريزماوي تكوّن جدره فيما بعد وان كان التمدد تدريجيا صارت الجدر الجديدة يابسة جدا بتكون منسوج خلوي جديد وأما ان كان نمو الورم سريعا صارت جدره مسترقة وتمزق الورم الاينوريزماوي بسرعة وان كان الورم الاينوريزماوي ملامسا الاعضاء ذات مقاومة كالعظام اعتراها ضمور وتلاش كما يعتري الورم نفسه وبعد انمحاق العظام تتعرى وتبرز في الورم ويكاد يوجد على الدوام في باطن الاورام الاينوريزماوية المسماة الجيبية تراكمات من مواد ليفية مكونة لجملة طبقات فالذي يكون منها نحو جدر الشريان يكون مصفر اللون جافا سميكا والذي يكون قريبا من التيار الدموي يكون محمرا رخوا ويوجد بينهما مواد دموية منعقدة ذات لون مسمر أو بني والاوعية الدموية الناشئة من الورم الاينوريزماوي يعتريها زيادة عن تضايقها عقب تعظمها انسداد بواسطة انعقادات ليفية فلا يمكن مرور الدم منها وقد يحصل فيها في أحوال أخرى تضايق أو انسداد عقب ضغط الورم الاينوريزماوي عليها وهذه التغيرات التي تعتري الشرايين الناشئة من ورم اينوريزماوي معرفتها مهمة بالنسبة لتشخيص الاورام المذكورة

ويعم

وحجم الاورام الاينوريزماوية الاورطية يختلف فيندران تمدد الاينور يزما تمددا عظيما داخل التامور بل الغالب انها تنفجر بسرعة وأما الاورام الاينوريزماوية الابهرية التى تنشأ خارج التامور فانها قد تبلغ حجم رأس الكهل

ثم ان تأثير هذه الاورام على الاجزاء المحيطة بها يتعلق بالضغط الواقع منها على هذه الاجزاء واندفاعها بها فكل من القصبة الهوائية والشعب والمرىء والاوعية الغليظة فى تجويف الصدر والاعصاب يتحول عن محله أو يضمر من الضغط الواقع عليه وأماالين العظام وانمحاؤها فقد يؤدى الى انفتاح القناة النقرية وانمحاء الغضاريف والعظام الصدرية فيظهر الورم الاينوريزماوى نحو الظاهر على هيئة ورم مغطى بالاجزاء الرخوة

وحيث ان تمدد الاورطى يزيد فى فعل القلب ومجهوداته يكاد يعترى هذا العضو ضخامة على الدوام

والشفاء الذاتى للاينوريزما الابهرى عقب امتلاء الكيس امتلاء تاما بواسطة انعقادات ليفية واضمحلال تابعى من النوادر العظيمة جدا وأما الاشكال الاخرى من الشفاء الذاتى الذى يحصل فى اينوريزما الشرايين الدائرية فحصولها فى الابهر غير ممكن وأكثر من الشفاء حصولا الانفجار الذاتى للاينوريزما مالم يحصل الانتهاء المحزن قبل ذلك بواسطة تأثير الورم الاينوريزماوى على الدورة أو بواسطة انضغاط الاعضاء المجاورة فان حصل انفجار الاينوريزما فى التاموراو البليورا كان ذلك عبارة عن تمزق فى الصفر الاكثر رقة من الورم وان انفجر الورم فى القصبة الهوائية أو فى الشعب او المرىء كان حصول ذلك عقب التصاق جدر هذا الورم بجدر أحد هذه الاعضاء ورقتها ثم تمزقها أو عقب تكون خشكريشة يعقب انفصالها انفتاح الاينوريزما وأما انفتاحها فى الاوعية الغليظة المجاورة فانه يحصل عقب رقة الجدر الملتصقة ببعضها ويندر أن يكون التصاق الاينوريزما بالطبقة الغمدية فقط بحيث ينصب الدم عقب تمزق الجزء الملتصق بين الطبقة الغمدية والوسطى للابهر وأما انفتاح اينوريزما الاورطى من الظاهر بعد انثقاب الجدار الصدرى فانه يحصل تارة عقب رقة وتمزق فى هذه

الجلد أو عقب حصول غنغرينة جزئية ناشئة عن شدة توتر هذه الاجزاء ثم انفصال الخشكريشة

ثم ان اينوريزما الاورطى أكثر مايشاهد فى الجزء الصاعد منه قبل منشا الجذع العضدى الدماغى ووجوده فى تحديب القوس الاورطى أكثر من تقعيره والاورام الاينوريزماوية الكائنة خارج الغلاف التامورى العظيمة الحجم تكون متجهة غالبا نحو الجهة اليمنى من القص وتبرز الى الظاهر فى مقابلة الاضلاع العليا اليمنى وغضاريفها وتنفتح تلك الاورام غالبا فى التجويف البليوراوى اليمنى أو فى الظاهر وأما الاينوريزما المتكون من محدب قوس الاورطى فانه يمتد كذلك الى الاعلى واليمين والامام ويظهر نحو الخارج فى مقابلة المفصل القصى الترقوى اليمنى وأما الاينوريزما الناشئ من مقعر قوس الاورطى فانه يلاصق القصبة الهوائية او الشعب أو المرىء ويمكن ان يمزق ما كان ملاصقا له من هذه الاعضاء المجوفة وأما اينوريزما الجزء النازل من الاورطى الصدرى فانه كثيرا ما يضغط على الفرع الشعبى اليمنى أو المرىء وهو نادر وينفتح غالبا فى التجويف البليوراوى اليمنى ويحدث تلاشيا فى العمود الفقرى بحيث يمكن ظهوره فى الجهة اليسرى من الظهر وأما اينوريزما الاورطى البطنى فانه يصل أحيانا الى حجم عظيم جدا ويحدث أيضا تلاشيا فى العمود الفقرى وينفتح فى تجويف البريتون أو فى المنسوج الخلوى تحته

(الاعراض والسير)

كثيرا ما تهلك المرضى المصابة باينوريزما الاورطى فجأة عقب نزف باطنى وذلك من قبل ان يحصل من الورم الاينوريزماوى ادنى مكابدة وفى احوال اخرى تكون مكابدات المريض غير واضحة بحيث لا يمكن تشخيص الاينوريزما مع التأكيد وفى غير ذلك من الاحوال يمكن معرفة هذا المرض مع تأكيد متفاوت بواسطة العلامات المحسوسة او المدركة للطبيب والظواهر المرضية التى تنشأ عن اينوريزما الاورطى تتعلق اما بتضايق تجويف الصدر أو بانضغاط الاعضاء المجاورة كما سبق ذكره او بعوق الدورة الذى هو نتيجة ملازمة لكل ورم اينوريزماوى عظيم الحجم

فانضغاط

فانضغاط الرئة او الشعب الغليظة ينشأ عنه عسر فى التنفس لا يندر ان يرتقى الى أعلى الدرجات فان ضيق النفس العظيم جدا المصحوب بصفير مخصوص عند التنفس والسعال يصاحب اينوريزما قوس الاورطى متى ضغطت على القصبة الهوائية نفسها او ان حصل توتر فى العصب المحير او الراجع بواسطة الاينوريزما كتسب ضيق النفس حالة تشنجية بحيث يحصل على شكل نوب و يظهر ان مجانسه الخجرة فضيق النفس حينئذ عرض من الاعراض الكثيرة والمتعبة جدا للاينوريزما الاورطى

وهناك ظواهر مرضية أخرى تنشأ من انضغاط الاذين الايمن او الوريد الاجوف العلوى او الجذع الوريدى اللاسم له او العضدى الدماغى فان حصل انضغاط فى الاذين الايمن او فى الاجوف العلوى انتفخت الاوردة الودجية وظهر على جدر الصدر تشجرات وريدية مزرقة واحتقنت أوردة الذراع احتقانا عظيما او كتسبت المرضى لونا سيانوزيا ولا يندر أن يحصل استسقاء فى النصف العلوى من الجسم و يشتكى بعض المرضى بسبب عوق الدورة الدماغية بآلام فى الرأس ودوار وطنين فى الاذنين بل قد يشاهد نوب فقد فى الادراك وان كان أحد الاوردة العضدية الدماغية هو المنضغط شوهد اقتصار عدد الاوردة على احدى جهتى الرأس أو الصدر

و بانضغاط الاعصاب بين الاضلاع والضفيرة العضدية وتوترهما تنشأ غالبا آلام شديدة فى الجهة اليمنى من الصدر والحفرة تحت الابط والذراع الايمن وهذه الآلام تظهر كغيرها من الآلام التى يحدثها اينوريزما الاورطى على نوب فتحدث تعبا عظيما عند المريض وتمنع نومه

و بانضغاط الجذع الشريانى او الشريان تحت الترقوة اليسارى يمكن ان يفقد النبض من احد الشرايين الكعبرية بالكلية او يصير صغيرا غير مدرك وهذا العرض مهم بالنسبة لتشخيص اينوريزما الاورطى سيما وان امتداد فوهة هذا الشريان بواسطة تعقدات دموية يمكن أن ينتج عنها عدم تطابق فى النبض ايضا

ومن جملة اعراض انضغاط الاعضاء المجاورة بواسطة الورم الاينوريزماوى ظواهر بطء الدورة وتقطعها وعلى الخصوص الفترة الواضحة بين ضربات

القلب والموجة الدموية التي تدرك في الشرايين الكائنة اسفل الورم الاينوريزماوى ويكثر اتضاح هذه الظاهرة متى كان مجلس اينوريزما الاورطى بين الاوعية الخارجة من القوس الاورطى فان النبض حينئذ يكون ظهوره فى جهة تتأخر عن الجهة الاخرى اومتى كان مجلسه فى الاورطى النازل فان النبض فى الاطراف السفلى يكون ظهوره حينئذ متأخرا عن النبض فى الاطراف العليا وحيث ان ضخامة القلب لا تستمر معادلة للعائق الدورى الناشئ من الاينوريزما الابعض زمن فلابد وأن يشتكى المريض فيما بعد بالخفقان القلبى الذى ذكرنا فيما تقدم انه يوجد فى جميع الاحوال التى فيها يفعل القلب مجهودات شاقة وزيادة على ذلك انه يحصل آخيرا اضطراب فى توزيع الدم فتصير الشرايين فارغة وتمتلئ الاوعية الشعرية والاوردة بالدم فيظهر كل من السيانوزو الاستسقاء العام

ثم ان لم يهلك المريض بالظواهر المرضية المذكورة او بنتائج عوق التنفس ولم تطرأ عليه أمراض أخرى مهلكة حصل تمزق فى الورم الاينوريزماوى فان كثيرا من أحوال الموت الفجائى يحصل بتمزق الاينوريزما الباطن لكن من الخطا العظيم الزعم بأن هذا الانتهاء هو الدائم الحصول أو كثيره

وان كان انفجار الورم الاينوريزماوى نحو الظاهر بعد أن تكون من الاينوريزما ورم مدرك صار الجلد المغطى له رقيقا او تلون بلون أسمر داكن ثم مسود ثم يقع فى الموت وبعد برهة من الزمن تسقط الخشكريشة لكن لا يخرج الدم فجأة على الدوام بل الغالب انه يخرج نقطة فنقطة لانه يكون ممنوعا عن السيلان بواسطة العقد الدموية بل قد يمكن ايقاف الدم بواسطة السد ولا يهلك المريض الابعد تكرار النزيف مرارا وينعكس ذلك متى كان انفجار الاينوريزما فى تجويف البليورا او التامورا والقصبة الهوائية او المرئ فان المريض هنا يهلك بسرعة عظيمة ولو كان متمتعا فى الظاهر بصحة جيدة باعراض النزيف الباطنى او النفث الدموى او القئ الدموى وأما انفجار اينوريزما الاورطى فى الشريان الرئوى اوفى الوريد الاجوف فقد شوهد بعده استمرار الحياة مدة من الزمن والاعراض التى شوهدت فى مثل هذه الاحوال هى اعراض ركود الدم العظيم واحتباسه

في

فى اوردة الدورة العظمى

ثم ان الاعراض المهمة لاينوريزما الاورطى وان كانت تستنبط من البحث الطبيعى الا انه يحكم على تشخيص هذا المرض تشخيصا قريبا من العقل جدا بكل من ضيق النفس العظيم واللون السيانوزى والتمدد الوريدى فى النصف العلوى من الجسم والانتفاخ الاستسقائى فى هذه الاجزاء وبالآلام الشديدة فى الجهة اليمنى والذراع الايمن من الجسم وعدم انتظام النبض فى كلا الذراعين والفترة المستطيلة بين ضربات القلب وتموج النبض

وتختلف الاعراض المذكورة باختلاف مجلس اينوريزما الاورطى ففى أحوال الاينوريزما المصيب للجزء الصاعد من الاورطى يكون تأثير الورم بالاكثر على الوريد الاجوف والرئة بحيث تكون اعراضه الاكثر وجودا هى السيانوز واستسقاء النصف العلوى من الجسم مع ضيق عظيم مستعص فى النفس

وأما احوال الاينوريزما المصيب للجزء النازل الصدرى من الاورطى فتحصل فيها آلام شديدة فى الظهر وعدم قدرة المريض على تمدد العمود الفقرى أو شلل النصف الاسفلى من الجسم متى امتد الفساد فى العمود الفقرى وقد يشاهد فى مثل هذه الاحوال أيضا تعسر فى الازدراد وضيق عظيم فى النفس عقب انضغاط الرئة

وأما الاينوريزما المصيب للاورطى البطنى فانه يؤدى لاضطرابات وظيفية واعراض محسوسة للمريض مختلفة جدا فانه بضغط هذا الورم على الاعصاب وبتأكل العمود الفقرى يمكن أن ينشأ عن ذلك آلام شديدة جدا ثم شلل فى الاطراف السفلى وبالضغط على أعضاء الهضم ينشأ مغص مع امساك وقىء وعلى الكبد وقنواته الصفراوية ينشأ يرقان مستعص وعلى الكليتين والحالبين ينشأ احتباس فى البول وان كان مجلس الاينوريزما اسفل الحجاب الحاجز مباشرة نشأ عن ذلك اندفاعه الى أعلى اندفاعا مؤلما مع اندفاع القلب وتحوله الى اعلى

العلامات الطبيعية ماذام الورم الاينوريزماوى منحصرا فى تجويف الصدر

ولم يلامس جـدره فالبحث الطبيعي لايدل على شئ يرتكن اليـه فى تشخيص هذا المرض فانه حينئذ يمكن أن يكـون لغط التنفس متناقصا فى احدى الرئتين أوانه يسمع صفير مستمر فى محاذاة الجذوع الشعبية المنضغطة لكن كلاهاتين الظاهرتين لا يستنبط منهما شئ بحيث لا يرتكن اليهما فى تشخيص هذا المرض تشخيصا أكيدا

ومتى لامس الانيور يزما جـدر الصدر شوهد بالنظر فى المحـل الملامس للورم نبضات واضحـة يحس بها مع غاية الوضوح بواسـطة الجس وهـذه النبضات تكون موافقـة لضربات القلب اوانها تعقبها بدون واسطـة وتكون غالبا اشـد واقوى من نبضات القلب وكثيرا ماتكون مصحوبة بازيز مخصوص والمحـل الذى يظهر فيه هذا النبض هو عادة الحافة اليمنى من القص فى المسافة الضلعيـة الثانية بالنسـبة لانيوريزما الاورطى الصاعد وقاعدة القص بالنسـبة لانيوريزما الاورطى الصدرى النازل وفى الابتداء تحدب المسـافة الضلعية الموازية للورم ثم يمتد هذا الورم بدون وقوف فى نموه وامتداده و يكون ملتصقا بجدر الصدر التصاقا متينا و يظهر حينئذ أن نموه آت من باطن التجـويف الصدرى وفيما بعد يزول الشكل النصف كرى ويصير الورم ذا تحدبات و يندر جدا ان يفقد النبض من الكيس الانيوريزماوي وذلك عند تراكم كمية عظيمة من التعقدات الدموية فيه

وصوت القـرع يكون أصم فارغا بالكلية فى جميع الجـزء الملامس للورم الانيوريزماوى من جـدر الصدر والمرتفع به على شكل ورم وعنـد القرع تكون المقاومة عظيمة

و بالتسمع على الانيوريزما الملامس لجدر الصـدر تسمع اما الغاط أو صوت بسيط أو مزدوج وتوجيه هـذه الاعراض واختلافها فيه عسر فاما الالغاط الاستوائية او الاصوات الاسـتوائية فانها تنشأ من تموج جـدر الورم الانيوريزماوى فان كانت هـذه التموجات الحاصـلة من هروع الدم فى باطن الورم منتظمة نشأ عن ذلك صوت ستولى وان كانت غير منتظمة نشأ عن ذلك لغط ستولى ومن الجائز ان الالغاط الاسـتولية تنشأ عن كون الاورطى نفسه أو الشريان الرئوى يعتريه ضغط من جهة الورم الانيوريزماوى أومن

كون الدم الواصل من الاورطى الى باطن هذا الورم الاينورزماوى يمر من فتحة ضيقة فيها بعض خشونة وقد يمتد كل من الصوت الدياستولى واللغط الدياستولى الى باطن الورم الاينورزماوى بواسطة الصمامات الاورطية السليمة اى التى تموج تموجا منتظما أو من صمامات هذا الشريان المريضة التى لا تموج تموجا منتظما بل تكون فى حالة عدم كفاية غلق وحيث انه كثيرا مالا يسمع اعلى الورم الاينورزماوى صوت دياستولى بل يسمع لغط دياستولى ولو كانت الصمامات الاورطية سليمة فمن القريب للعقل ان اللغط الدياستولى ينشأ أيضا عن تقهقر الموجة الدموية أو عن رجوع الدم من باطن الورم الاينورزماوى الى باطن الاورطى فيما اذا كانت فتحة الاستطراق ضيقة خشنة

(التشخيص)

يسهل اختلاط الورم الاينورزماوى بأورام سرطانية عظيمة فى البليورا أو الحجاب المنصف المقدم فان كلا من هذين الورمين الاخيرين يمكن ان ينتج عنه مثل الورم الاينورزماوى تضايق فى الصدر وضغط على الاعضاء المجاورة بل يمكن أن يظهر فى كل منهما نبضات محدودة و يصير مكون الورم نابض فيما بعد وذلك اذا كانا موضوعين بين الاورطى من جهة وجدر الصدر من جهة أخرى والتشخيص التمييزى لهاتين الحالتين ينبنى على الامور الآتية منها ان سرطان البليورا يكاد لا يحصل مطلقا ولا أوليا بل يكاد يظهر دائما تابعا لآفة سرطانية فى عضو آخر ولاسيما عقب استئصال سرطان فى الصدر فان لم توجد هذه الامور السببية بالنسبة لسرطان البليورا كان تشخيص الاينورزما قريبا من العقل والنبضات التى قد تشاهد فى الاورام السرطانية الصدرية لا تمتد فيها عرضا بخلاف نبضات الاورام الاينورزماوية فانها تكون مدركة عند كل نبضة فى العرض ايضا ومنها انه بضغط الورم السرطانى على الاورطى يمكن ان ينشأ لغط سستولى كما يحصل ذلك من الضغط على كل شريان بالسماع لكن لا يسمع فى أحوال سرطان البليورا صوت مزدوج او لغط مزدوج كما يسمع ذلك بكثرة فى احوال اينورزما الاورطى ومنها انه لا يشاهد فى أحوال الاورام السرطانية الضاغطة على

الاورطى اختلاف فى النبض وعدم توافق فيه فى جهتى الجسم ومنها الـ
اعراض انيورزما الاورطى السابق شرحها تتصف بتعاقب فى النوب
والفترات وأما اعراض الاورام السرطانية فانها تكون مستمرة وتشخيص
انيورزما الابهر وتمييزه عن انيوريزما الجذع اللاسم له لا يمكن اجراؤه مع
التأكيد فان جميع الاعراض التى تذكر فى أحوال انيورزما الجذع
المذكور وهى الضغط على الوريد الاجوف العلوى والجذع الشعبى اليمنى
والضفيرة العضدية اليمنى وضعف نبض الشريان الكعبرى اليمنى وتأخر
حصوله ووجود اصمية وبعض ورم فى القسم فوق الترقوة اليمنى توجد جميعها
فى أحوال انيورزما القوس الاورطى ايضا

(الحكم على العاقبة)

شفاء انيورزما الاورطى يعد من النوادر العظيمة وشفاء الانيورزما الذى
تقدم حتى صار به سرف ويشخص فلم يشاهد مطلقا وأما الحياة فيمكن أن تمتد
عدة سنوات مالم يطرأ على المريض مؤثرات مضعفة تحدث عنده نهوكة
سريعة

(المعالجة)

اما الفصد العام المتكرر فى ازمنة متقاربة المستعمل سابقا فى هذا
المرض فليس له ادنى تأثير فى الشفاء وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال
الديجتالا التى قيل انها تحدث مثل الفصد العام تناقصا فى الضغط الجانبى
الشريانى وبذلك تعين على شفائه اوانها تمنع تمدد الورم الانيورزماوى وكذا
يقال أيضا بالنسبة لوضع المرضى فى حمية قاسية لاجل تنقيص كمية الدم
(وهذه هى طريقة ولزلفا) فان هذه الطريقة الاخيرة ليس فيها أدنى ثمرة
بل وانها تساعد على حصول الاستسقاء وهلاك المرضى بسرعة وكذا
التوصية باستعمال خلات الرصاص والجواهر الدوائية التنيئية والقابضة
التى يظن ان بها يحصل انعقاد فى الدم وامتلاء الورم الانيورزماوى
بالمتعقدات الدموية تبنى على نظريات فقط فلا يستحق الذكر
والمفيد انه متى عرف الانيورزما وصار تشخيصه يوصى المريض بتجنب
جميع المؤثرات التى تزيد فى فعل القلب ويؤمر بالحمية اللطيفة خوفا من

حدوث امتلاء دموى وفى كالذى يحصل حصولا وقتيا عقب الافراط من المطعومات والمشروبات ومع ذلك يوصى المريض باستعمال الاغذية الازوتية القوية خوفا من وقوعه فى الانيميا بسرعة

وان ظهر ورم فى جدر الصدر وارتفع وأخذ الجلد المغطى له فى الاحمرار وجب وضع شبه علبة من الصفيح متشكلة بشكل الورم ومملوءة بالماء البارد عليه

وأما الغرز الابرى الكهربائى الذى صار استعماله جملة مرار فى اينوريزما الاورطى زعما بانه يحدث انعقادا فى متحصل الكيس الاينوريزماوى فلم يجد نفعا و جب اجتناب تكرار هذه الطريقة وان حصلت آلام شديدة يقتصر على استعمال المسكنات

*(المبحث الثالث)

(فى تمزق الاورطى)

من النادر حصول تمزق فى الاورطى مادامت طبقات جدرها سليمة فانه فى معظم أحوال تمزق هذا الوعاء تمزقا ذاتيا تكون جدره اما محلا للاستحالات المرضية التى شرحناها فى المبحث الاول أو للاستحالة الشحمية البسيطة التى ذكرناها فى مبحث الاينوريزما بل وهذا يقال أيضا فى الاحوال التى فيها يتمزق الاورطى المتمدد تمددا عظيما أعلى من محل متضايق فيه فانه لا بد وأن تكون جدره فى مثل هذه الاحوال مريضة أيضا

وفى بعض الاحوال لا تتمزق الا الطبقة الباطنة والوسطى فقط بخلاف الطبقة الغمدية فانها تبقى مصونة عن التمزق بسبب مرونتها اوسهولة تمددها وفى مثل هذه الاحوال ينسكب الدم بين الطبقة الغمدية والطبقة الوسطى فتنفصل الاولى عن الثانية وبذلك يتكون ورم مغزلى الشكل ممتلئ بالدم ويكون باطنه مستطرقا باطن الاورطى من فتحة التمزق واكثر من ذلك مشاهدة حصول الموت بعد بعض ساعات او بعض أيام وذلك عقب تمزق الطبقة الغمدية ايضا وانسكاب الدم فى التامور أو الجاب المنصف أو البلورا وقد يحس المريض عند التمزق بآلام شديدة جدا لكنه حالا قريب يصير باهت اللون بارد الاطراف فاقد النبض ويظهر عنده فواق واغماء شديدان وغير

ذلك من اعراض النزيف الباطن

(المبحث الرابع)

(فى تضايق الاورطى وانسداده)

قد يوجد احيانا تضايق خلقى فى المجموع الاورطى تبعا للمعلم (روكتنسكى) ولاسيما عند النساء ويكون هذا التضايق مصحوبا بظواهر مشابهة للظواهر التى تشابه صغر حجم القلب وتضايقه الخلقيين وذلك كاللون الممتقع للجسم وكثرة حصول الاغماء وعدم نمو الجسم ولاسيما الاعضاء التناسلية

وقد يشاهد تضايق جزئى فى الاورطى ويكون عبارة عن استمرار الجزء المعبر عنه بضيق الاورطى اعنى جزء الاورطى الكائن بين الشريان تحت الترقوة اليسارى وقناة بوتال وقد يوجد فى هذا الجزء بدل التضايق انسداد وليس من المعلوم ان الاسباب التى ينتج عنها كون مضيق الاورطى الذى هو فى الحياة الجنينية عبارة عن الاستطراق الضيق بين قوس الاورطى والاورطى النازل يتمدد بعد الولادة حالا ويستضيق بل وينسد بعدها فى مثل هذه الاحوال وقد قيل ان قناة بوتال عند انسدادها تحدث بالتكاشها ضيقا فى الاورطى وكلا هذين التوجيهين غير كاف لايضاح تضايق الاورطى وانسداده فان كلا منهما قد يشاهد مع بقاء قناة بوتال مفتوحة

ثم ان النتيجة الاولى لتضايق الاورطى هى ضخامة البطين الايسر وتمدد جزء الاورطى الكائن بين القلب والجزء المتضايق من هذا الشريان وأهم من ذلك هو التمدد العظيم الذى يعترى فروع الشريان تحت الترقوة وتفممات ما مع الشرايين بين الاضلاع فان التفرعات الرفيعة فى مثل هذه الاحوال تستحيل الى فروع واسطية ذات جدر سميكة وحينئذ تتكون دورة تفممية جانبية تامة بحيث ان الدم يمر من قوس الاورطى بواسطة هذه التفممات الجانبية الى الاورطى النازل متجنبا للجزء المتضايق من هذا الشريان وكذا تتكون تفممات متسعة بين الشريان الظهرى الكتفى وتحت الكتف والعنقى المستعرض وبين الشرايين بين الاضلاع ويتمدد كذلك الشريان الثديى الباطنى والشرايين المقدمة بين الاضلاع الناشئة منه وكذا منتهى هذا الشريان الثديى وهو الشريان الشراسيفى العلوى يتمدد ايضا فيمر

الدم منه بتفممات عديدة الى الشريان الحرقفى

وتضايق الاورطى وان كان من التغيرات المهمة الا ان الشخص المصاب به يتحمله غالبا زمنا طويلا فيبقى هذا التغير كامنا بحيث يمكن الشخص المصاب به ان يصل الى سن متقدم جدا (كسن ٩٢ سنة كما شوهد) لكن فى احوال اخرى تشتكى المرضى بخفقان فى القلب ونبضات متعبة فى السباتين واعراض احتقان فى الدماغ ثم تظهر فيما بعد حالة نهوكة بحيث يطرا الموت فى نصف الاحوال تقريبا على المرضى المعتريهم هذا الداء وهى فى حالة نهوكة واستسقاء فيتضح من ذلك حينئذ انه يمكن تعادل هذا الاضطراب الدورى الثقيل أعنى انسداد الاورطى بواسطة ضخامة القلب لكن هذا التعادل يصير فيما بعد غير تام وغير كاف وحينئذ تتضح اعراض بطء الدورة وامتلاء الاوردة وتقسر الدم كما ذكرنا ذلك فيما تقدم وفى أحوال أخرى يطرأ الموت عقب تمزق القلب أو الاورطى الا ان ذلك لا يحصل الا بعد أن يعترى جدرهما الاستحالة مرضية

ثم ان تشخيص هذا المرض يرتكن فيه الى ظواهر الدورة التفممية الجانبية التى ذكرناها والى زوال النبض من تفرعات الاورطى البطنى ويشاهد بالنظر والجس عند مثل هؤلاء المرضى فى الظهر والكتف وعلى الاضلاع والقسم الشراسيفى شرايين متمددة تمددا دواليا ومتعوجة تعرجا ديدانيا ذات نبض واضح ويسمع فى محاذاة الشريان الثديى الباطنى قريبا من القص لغط منفاخى وهذا اللغط يسمع فى جميع المحال الموجود فيها شرايين متمددة مدركة بالنظر والجس واما الشرايين القصبية المقدمة من الساق والمابضية والفخذية فان النبض فيها يصير ضعيفا أو غير مدرك بالكلية وزعم المعلم (يبرجر) أنه بهذه العلامات يمكن على الدوام تشخيص هذا المرض مع التأكيد

ومعالجة تضايق الاورطى نرجع فيها الى ماذكرناه فى معالجة تضايق فوهة الاورطى

(المبحث الخامس)

(فى أمراض الشريان الرئوى)

اما الالتهابات الحادة مع انتهائها بالتقيح فشاهدتها فى الشريان الرئوى نادرة مثل مشاهدتها فى الشريان الاورطى وكذا التغيرات المرضية للطبقة الشريانية الباطنة التى عبرنا عنها بالالتهاب الشريانى الباطنى المزمن كثيرا مالا توجد فى الشريان الرئوى ولو كان المجموع الشريانى بتمامه محلا لاستحالات مرضية متقدمة وعكس ذلك قد توجد هذه التغيرات بكثرة ولو بدون تغيرات مماثلة لها فى الاورطى عند وجود آفات عضوية صمامية فى الفوهة الاذينية البطينية اليسرى وضخامة تابعية فى البطين الايمن ونسب المعلم (تيدرش) الى هذه التغيرات المذكورة كثرة حصول السدد الدموية الرئوية فى الرئة عند المصابين بامراض فى القلب وأما انورزما الشريان الرئوى فانه يعد من النوادر العظيمة جدا ويكاد لا يبلغ حجما عظيما وقد شاهد المعلم (اسكودا) حالة من انورزما الشريان الاورطى فى حجم بيضة الاوزة والمريض فى أثناء الحياة شوهد عنده ظواهر اضطرابات دورية عظيمة كاللون السيانوزى والاستسقاء لكن البحث الطبيعى لم يستدل منه على تشخيص هذا المرض

وأما التمدد المنتشر للشريان الرئوى فانه يشاهد بكثرة فى الاحوال التى تؤدى الى تمدد القلب الايمن وضخامته ولم يشاهد تغير صوت القرع فى الصدر لكن كثيرا ما شوهد فى هذا المرض ارتجاج مخصوص بل نبض واضح فى محاذاة منشا الشريان الرئوى

وأما انسداد تفرعات الشريان الرئوى رفيعة كانت أو غليظة بواسطة سدد سيارة فقد ذكرناه عند الكلام على السدد الانتقالية والدموية للرئتين وفى أحوال انسداد فروع غليظة يحصل ضيق عظيم فى التنفس بل وموت فجائى وماذا لك الا لكون جزء عظيم من الرئة يصير غير صالح للتنفس لانقطاع الدورة فيه وقد شاهدت فى السنتين الاخيرتين حالتين حصل فيهما الموت فى أثناء ساعات قريبة مع ظواهر ضيق التنفس العظيم والانحطاط الكلى وثبت فيهما عند فعل الصفات التشريحية ان سدة عظيمة انفصلت فى باطن الشريان الفخذى واندفعت بتيار الدم وأحدثت الاختناق بسدها للجذع الاصلى من الشريان الرئوى

* (المبحث

(المبحث السادس)

(فى أمراض الجذوع الوريدية الغليظة)

لا نتعرض هنا الالذكر أمراض الاوردة الاجوفيـة والاوردة الرئوية فان أمراض الاوردة الدائرية تذكر فى كتب الجراحة وأمراض الوريد لباب وأوردة باقى الاعضاء الحشوية تذكر فى محلها فاما الاوردة الاجوفيـة فلا تشاهد فيها التهابات أولية ومن النادر أن يشاهد التهاب أو تثقب فى جدر الوريد الاجوف السفلى عقب خراجات فى الكبد أو فى المنسوج الخلوى خلف البريتون وكذا من النادر جدا مشاهدة التهاب الاوردة الرئوية مع الانتهاء بتكوين خراج فيها وأما تمدد الجذوع الوريدية الغليظة فانه يشاهد فى أحوال أمراض القلب وغيرها من الامراض التى تؤدى لاحتباس الدم فى الاوردة وامتصاصها فانه يكاد لا يشاهد الاعند انضغاط هذه الجذوع الوريدية بأورام مجاورة لها

وأما السدد الاوليـة أعنى الانعقاد الذاتى فى الورم الوريدى الذى يؤدى فيما بعد الى التهاب جدرها فقد شوهد أحيانا فى الوريد الاجوف النازل لكن الانعقاد هنا يكون ابتداء فى احد فروع هذا الوريد سيما الوريد الفخذى لاحدى الجهتين ومنه يمتد فيما بعد الى هذا الجذع نفسه وتكون السدد فى الوريد الاجوف يمكن معرفتـه بالامور الآتيـة وهو أنه متى انضم لورم متوتر مؤلم فى احد الاطراف ورم مؤلم فى الطرف الآخر وحصل انقطاع فجائى فى البول أو كان افرازه بكمية قليلة وكان مع ذلك دمويا جاز القول بان السدة امتدت الى الوريد الاجوف والوريد الكلوى

تم طبع المقالة الاولى ويليها المقالة الثانية
فى أمراض الجهاز الهضمى